

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

документ, удостоверяющий личность

(вид документа, серия и номер)

выдан _____,
(кем и когда выдан)

проживающий (ая) _____,
(адрес регистрации)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ Архангельской области «Архангельский психоневрологический диспансер» (далее – Оператор) моих персональных данных, персональных данных моего ребенка _____, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, персональными данными моего ребенка, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные, данные моего ребенка посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Срок хранения моих персональных данных, данных моего ребенка соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет для стационара, пять лет – для поликлиники.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ (дата) на двадцать пять лет.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон(ы) _____ и почтовый адрес _____

Подпись субъекта персональных данных _____, _____ (расшифровка)

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области
«Архангельский психоневрологический диспансер»**

Информированное добровольное согласие на психиатрическое освидетельствование

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

дата рождения « ____ » _____ г.

Этот раздел бланка заполняет законный представитель лиц, не достигших возраста 15 лет, а также недееспособных лиц

(моего сына, дочери в возрасте до 15 лет или моего подопечного-)

указать фамилию, имя, отчество, дату рождения пациента)

в соответствии с требованиями статьи 23 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» даю согласие на период один год на освидетельствование/освидетельствование несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет /освидетельствование недееспособного, не способного по своему состоянию дать согласие на психиатрическое освидетельствование (нужное подчеркнуть) врачом-психиатром, психотерапевтом, психиатром-наркологом (нужное подчеркнуть)

Я даю согласие на предоставление сведений обо мне, составляющих врачебную тайну,

(Ф.И.О доверенного лица/наименование работодателя)

Я уведомлен (а), что предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается в случаях, установленных ст.13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

« ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись пациента
(или его законного представителя) _____

Врач психиатр _____

Подпись врача психиатра _____

Психиатр-нарколог _____

Подпись психиатра-нарколога _____

Психотерапевт _____

Подпись психотерапевта _____

(ФИО)