

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ДЛЯ ПЕРЕДАЧИ В ЕГИСЗ

Я (далее – Субъект персональных данных)

Пациент {ФИОПациента}, {ДатаРожденияПациента}, {ТелефонПациента}, {ПаспортныеДанныеПациента}, {СНИЛСПациента}

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» разрешаю в **Общество с ограниченной ответственностью «Центр Стоматологической Имплантологии»**, обработку моих персональных данных в целях исполнения Оператором положений п. 6 ст. 91.1 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в соответствии с которым Оператор в качестве медицинской организации является поставщиком информации в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (далее - ЕГИСЗ) и передает в ЕГИСЗ сведения, в соответствии с указанным Федеральным законом.

Я даю согласие Оператору на обработку следующих моих персональных данных, указанных в пп. 4 п. 3 ст. 91.1. и ст. 94 указанного Федерального закона, а также в Постановлении Правительства РФ от 09.02.2022 N 140 "О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения" (вместе с "Положением о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения"):

- 1) фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии);
- 2) пол;
- 3) дата рождения;
- 4) место рождения;
- 5) гражданство;
- 6) данные документа, удостоверяющего личность;
- 7) место жительства;
- 8) место регистрации;
- 9) дата регистрации;
- 10) страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования;
- 11) номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии);
- 12) анамнез;
- 13) диагноз;
- 14) вид оказанной медицинской помощи;
- 15) условия оказания медицинской помощи;
- 16) сроки оказания медицинской помощи;
- 17) объем оказанной медицинской помощи, включая сведения об оказанных медицинских услугах;
- 18) результат обращения за медицинской помощью;
- 19) серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии);
- 20) сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты;
- 21) примененные клинические рекомендации;

Обработка моих персональных данных включает любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых Оператором для достижения указанных выше целей с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также иные действия с моими Персональными данными с учетом действующего законодательства.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской документации, который определяется законодательством РФ. Срок хранения амбулаторной карты стоматологического пациента составляет пять лет. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа на имя Оператора, при этом я проинформирован, что у Оператора все равно остаются основания для обработки моих Персональных данных, предусмотренные законодательством РФ. Подписывая согласие на обработку моих персональных данных, я подтверждаю, что имел (а) возможность задать необходимые вопросы, получить на них ответы и, и, давая данное согласие, действую добровольно и осознанно.

Подпись _____ /{ФИОПациента}
{ДатаДоговора}