

УПРАВЛЕНИЕ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

федеральное государственное бюджетное учреждение

«ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ»

**П Р И К А З**

22.09.2023

№ 310

поселок санатория им. Герцена, г.о. Одинцово, Московская область

Г  
Об утверждении формы «Согласие на обработку персональных данных»  
пациентов ФГБУ «Центр реабилитации»

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ",

**П Р И К А З Ы В А Ю:**

1. Утвердить форму «Согласие на обработку персональных данных» для пациентов ФГБУ «Центр реабилитации» (далее – учреждение) – приложение № 1 к приказу.

2. Заместителям главного врача по медицинским направлениям деятельности обеспечить:

- оформление Согласия при поступлении пациентов в учреждение с включением его в медицинские документы пациента (история болезни, договор) в установленном порядке;

- постоянный контроль за исполнением руководителями медицинских структурных подразделений настоящего приказа.

3. Руководителям медицинских структурных подразделений ознакомить подчиненный персонал под роспись с настоящим приказом и обеспечить его выполнение в установленном порядке.

4. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

5. Приказ ввести в действие с момента его подписания.

Главный врач



С.В. Полюшкин

## СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)  
паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_  
 являющийся(щаяся) родителем/законным представителем (далее – **Представитель**  
**пациента**)  
несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица (далее –  
**Пациент**):  
\_\_\_\_\_  
*ФИО несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица*

в соответствии со статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на обработку федеральным государственным бюджетным учреждением «Центр реабилитации» Управления делами Президента Российской Федерации (далее — Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства (пребывания), место работы, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, выписанных рецептах и лекарственных средствах, случаи обращения за медицинской помощью, оформления листка нетрудоспособности, справки, выдаваемой учреждениями медико-социальной экспертизы (при наличии), и другую информацию - в медико-профилактических целях в целях оказания медицинских услуг, включая установление медицинского диагноза, предоставления медико-профилактических услуг, социальных услуг, государственных и муниципальных услуг, осуществления иных, связанных с этим мероприятий, при условии обеспечения сохранности врачебной тайны.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе специальные категории персональных данных, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения, в том числе в порядке взаимодействия с иными медицинскими организациями, привлекаемыми Оператором для оказания мне медицинской помощи.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение их в медицинскую информационную систему Оператора, электронную базу данных государственной информационной системы (ГИС), используемой при обработке персональных данных Оператором, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные законодательством Российской Федерации, обмен (прием и передачу) персональными данными между ГИС и Порталом государственных и муниципальных услуг (функций), Федеральным фондом ОМС, территориальным фондом ОМС и страховыми медицинскими организациями, Единым порталом государственных и муниципальных услуг (функций), федеральной интегрированной электронной медицинской картой, Фондом социального страхования, его региональными филиалами, обособленными структурными подразделениями с обеспечением их защиты от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Я также даю Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS- сообщений или письма на электронную почту: напоминание о записи на прием к специалисту или исследованию.

Я разрешаю/не разрешаю (ненужное зачеркнуть) предоставлять сведения о фактах моего обращения за медицинской помощью и состоянии здоровья, диагнозе, в т. ч. через регистратуру, а также в случаях неблагоприятного прогноза развития моего заболевания следующим лицам<sup>1</sup>:

\_\_\_\_\_  
ФИО полностью, контактный телефон

\_\_\_\_\_  
ФИО полностью, контактный телефон

Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа по почте заказным письмом с уведомлением о вручении лично под расписку представителю Оператора.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет для стационаров, пять лет для поликлиник.

Подпись субъекта  
персональных данных

\_\_\_\_\_  
(расшифровка)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.