

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры
«СУРГУТСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»

Отказ от обработки персональных данных

« ____ » _____ 20 ____ г., « ____ » часов « ____ » минут

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», с Федеральным законом «О персональных данных» от 27.07.2006 г. №152-ФЗ

Приложение к _____ № _____
(наименование и номер медицинской документации)

Я, _____
(Ф.И.О. пациента - полностью)

19 ____ года рождения, проживающая по адресу: _____

данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)

паспорт: _____
(серия, номер паспорта)

выдан: _____
(наименование учреждения, выдавшего паспорт)

(дата выдачи паспорта)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в _____
(наименование отделения)

_____ палата № _____ бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр». Отказываюсь от обработки моих (представляемого) персональных данных включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный номер телефона, реквизиты полиса обязательного медицинского страхования, реквизиты полиса добровольного медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России, данные о состоянии моего (представляемого) 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

бюджетным учреждением Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский клинический перинатальный центр».

В процессе оказания бюджетным учреждением Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» мне (представляемому) медицинской помощи я отказываюсь от предоставления права медицинским работникам передавать мои (представляемого) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» в интересах моего (представляемого) обследования и лечения.

Не предоставляю бюджетному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» право осуществлять все действия (операции) с моими (представляемого) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» не вправе обрабатывать мои (представляемого) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по обязательному медицинскому страхованию, договору добровольного медицинского страхования.

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» не имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе обязательного медицинского страхования, договору добровольного медицинского страхования на обработку и передачу моих (представляемого) персональных данных страховой медицинской организации Сургутский филиал ОАО СМК «Югория – Мед», Департаменту здравоохранения ХМАО – Югры, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих (представляемого) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара), пять лет (для поликлиники).

Передача моих (представляемого) персональных данных иным лицам или иное разглашение может осуществляться не может.

Я имела (имел) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила (получил) исчерпывающие ответы. Мне (представляемого) было предоставлено достаточно времени для ознакомления с данным отказом, обдумывания и принятия решения.

Я прочитала (прочитал), и поняла (понял) все вышеизложенное и удовлетворена (удовлетворен) ответами на все мои вопросы, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня (представляемого) не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о подписании отказа от обработки персональных данных.

Я добровольно отказываюсь от обработки моих (представляемого) персональных данных.

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача

