



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Самарской области  
«Тольяттинская городская клиническая больница №5»

**ПРИКАЗ**

31.05.23

№ 6/340

**Об утверждении формы  
информированного добровольного согласия  
при оказании платных медицинских услуг**

Во исполнение Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также в целях приведения в соответствии с действующим законодательством РФ приказов ГБУЗ СО «ТГКБ № 5» и дальнейшего совершенствования работы медицинского персонала ГБУЗ СО «ТГКБ № 5»

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Признать утратившим силу п.5.2 Приказа ГБУЗ СО «ТГКБ № 5» № 6/318 от 05.05.2023г. «Об утверждении формы информированного добровольного согласия».
2. Утвердить и ввести в действие форму информированного добровольного согласия на обработку персональных данных при оказании платных медицинских услуг (Приложение № 1).
3. Заведующему отделением внебюджетной деятельности общепольничного медицинского персонала организовать до начала оказания платных медицинских услуг силами операторов получение от пациентов и/или их законных представителей (опекунов, родителей) информированного добровольного согласия при оформлении договора на платные медицинские услуги (Приложение №1).
4. Установить срок хранения информированного добровольного согласия при оказании платных медицинских услуг (Приложение № 1) – 5 лет.
5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за заведующим отделением внебюджетной деятельности общепольничного медицинского персонала Ганношенко Е.М.
6. Приказ вступает в силу со дня его подписания.

Главный врач

А.Н.Кирсанов

Данцова А.И.

Приложение №1 к приказу № 6/340 от «31» 05 2023 г.

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**  
при оказании платных медицинских услуг

- Я, \_\_\_\_\_,

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_,

(кем выдан)

зарегистрированный (ая) по адресу:

- **законный представитель** субъекта персональных данных (заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных)

(фамилия, имя, отчество полностью)

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_,

(кем выдан)

зарегистрированный (ая) по адресу:

действующий от имени субъекта персональных данных на основании \_\_\_\_\_

(степень родства и/или документ, подтверждающий опеку/попечительство/усыновление/удочерение пациента; реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя пациента)

– в соответствии со ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" с целью: обеспечения соблюдения требований законодательства Российской Федерации; обеспечения прав граждан на медицинскую помощь в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами РФ, в том числе в рамках Территориальной программы ОМС; оказания медико-профилактических и медицинских бесплатных и/или платных услуг, установления медицинского диагноза (оказание стационарной, амбулаторной, консультативной и реабилитационной медицинской помощи гражданам производится в соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности) при условии сохранения врачебной тайны; идентификации пациентов (заказчиков), отражения информации в медицинской документации, предоставления сведений страховым компаниям (в случае оплаты ими оказываемых услуг), предоставления установленной законодательством отчетности в отношении оказанных медицинских услуг; выдачи справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации (для налогового вычета); соблюдения требований действующего законодательства Российской Федерации, регламентирующего деятельность Учреждения; иных случаев, установленных законодательством Российской Федерации и/или Уставом ГБУЗ СО «ТГКБ № 5».

даю согласие на обработку моих персональных данных Государственному бюджетному учреждению здравоохранения Самарской области «Тольяттинская городская клиническая больница №5» (сокращено – ГБУЗ СО «ТГКБ №5»), ОГРН 1026301981452, ИНН 6320005520, зарегистрированному по адресу: 445039, Самарская обл., г. Тольятти, б-р Здоровья, д. 25 (далее – Оператор)

(наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных)

**а именно:** фамилия, имя, отчество; пол; дата, месяц, год и место рождения; свидетельство о гражданстве (при необходимости); реквизиты основного документа, удостоверяющего личность; номер полиса обязательного и/или добровольного медицинского страхования (ОМС, ДМС); адрес фактического места проживания и регистрации по месту жительства и (или) по месту пребывания; номер свидетельства обязательного пенсионного страхования, дата регистрации в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС); почтовый и электронный адреса; номера телефонов; место работы, сведения о наличии льгот; сведения о случаях обращения за медицинской помощью; данные о состоянии здоровья, заболеваниях.

(указать иные категории ПДН, в случае их обработки)

Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться с соблюдением мер, обеспечивающих защиту персональных данных от несанкционированного доступа путем смешанной (автоматизированной, не автоматизированной) обработки персональных данных, а именно: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право должностным лицам Оператора, страховым медицинским организациям (в рамках ОМС, ДМС), контролирующим органам: ФОМС, ТФОМС, Пенсионный фонд Российской Федерации, ФНС, ФСС РФ, Росстату, иным государственным органам передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах моего обследования, лечения и учета Оператора.

Я, даю согласие на получение результатов медицинских исследований по электронной почте \_\_\_\_\_.

(адрес электронной почты; подпись пациента, законного представителя; расшифровка подписи)

Я проинформирован о том, что электронная почта является ненадежным каналом и передаваемая информация может стать известна третьим лицам. За взлом почтового ящика, утечку информации и неполучение отправленных результатов анализов ГБУЗ СО «ТГКБ № 5» ответственности не несет.

Оставляю за собой право отозвать согласие на получение результатов медицинских исследований по электронной почте посредством составления соответствующего письменного заявления.

\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.  
(подпись пациента, законного представителя) (расшифровка подписи)

Настоящее согласие на обработку персональных данных действует бессрочно с момента его представления Оператору и может быть отозвано мной полностью или частично в любое время путем подачи Оператору заявления в простой письменной форме. Персональные данные субъекта подлежат хранению в течение сроков, установленных законодательством Российской Федерации. Персональные данные уничтожаются: по достижению целей обработки персональных данных; при ликвидации или реорганизации Оператора; на основании письменного обращения субъекта персональных данных с требованием о прекращении обработки его персональных данных (Оператор прекратит обработку таких персональных данных в течение 3 (трех) рабочих дней, о чем будет направлено письменное уведомление субъекту персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней).

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись пациента, законного представителя) (расшифровка подписи)

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

Лист согласования к приказу  
Об утверждении формы информированного добровольного согласия

Должность	Ф.И.О.	дата	подпись
Зав.отделением внебюджетной деятельности	Ганношенко Е.М.	30.08.2023	