



КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 38 ИМ. Н. А. СЕМАШКО»

ПРИКАЗ

«29» августа 2024 г.

№ 237

**«Об утверждении формы согласия пациента
на обработку персональных данных
и формы отказа от согласия на обработку
персональных данных»**

В соответствии и во исполнение ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить форму Согласия пациента на обработку персональных данных (Приложение № 1 к настоящему Приказу).
2. Утвердить форму Отказа пациента от согласия на обработку персональных данных (Приложение № 2 к настоящему Приказу).
3. Приказ от 21.11.2023 № 315 «Об утверждении формы согласия пациента на обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну» считать утратившим силу.
4. Начальнику информационно-технического отдела Волегжанину П.Е. обеспечить размещение форм (Приложение № 1, Приложение № 2) в системе 1С: Предприятие. Форму, утвержденную Приказом № 315 от 21.11.2023 г., удалить.
5. Секретарю руководителя Аверкиевой М.С. направить настоящий приказ на корпоративную почту руководителей структурных подразделений Учреждения.
6. Сотрудникам Учреждения в своей деятельности руководствоваться положениями настоящего приказа.
7. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Приложение:

1. Приложение № 1: Согласие пациента на обработку персональных данных
2. Приложение № 2: Отказ пациента от согласия на обработку персональных данных

Главный врач

А.Ф. Панфиленко

**Согласие пациента
на обработку персональных данных**

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента (законного представителя) полностью)
"___" _____ г.р., проживающий по адресу: _____,
_____ , паспорт: _____ N _____, выдан "___" _____ Г.,
_____, руководствуюсь

ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю согласие Санкт-Петербургскому государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Городская больница № 38 им. Н.А. Семашко» (СПб ГБУЗ «Городская больница № 38 им. Н.А. Семашко»), 196601, г. Санкт-Петербург, г. Пушкин, ул. Госпитальная, д. 7/2, литер А (далее - Оператор), в целях оказания мне (пациенту) медицинских услуг, на обработку и использование своих (пациента) персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, место рождения, адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания; дата регистрации по месту жительства; контактный(е) телефон(ы), место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения о состоянии моего (пациента) здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендаций.

Оператор имеет право на обработку персональных данных, если она: необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно; осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

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

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными: обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых 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.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включая в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (приём, передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным хранить профессиональную тайну.

Даю согласие Оператору передавать мои персональные данные, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в соответствии с целями их обработки: контролирующим, надзорным органам, органам государственной власти и исполнения.

Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях, с учетом сохранения врачебной тайны.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

«___» _____ Г. _____
(подпись) (расшифровка подписи пациента)

Согласие получено "___" _____ г.

Уполномоченный представитель СПб ГБУЗ «Городская больница № 38 им. Н.А. Семашко»

ответственный за обработку персональных данных: _____ / _____
(подпись, Ф.И.О.)

**Отказ пациента
от согласия на обработку персональных данных**

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента (законного представителя) полностью)
"___" _____ г.р., проживающий по адресу: _____
_____, паспорт: _____ N _____, выдан "___" _____ Г., _____

"___" _____ 20___ г. мне было предложено дать согласие на обработку моих персональных данных в целях оказания мне (пациенту) медицинских услуг, на обработку и использование своих (пациента) персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, место рождения, адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания; дата регистрации по месту жительства; контактный(е) телефон(ы), место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения о состоянии моего (пациента) здоровья, заболевания, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

Согласно ч. 1 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" субъект персональных данных принимает решение о предоставлении его персональных данных и дает согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе. Согласие на обработку персональных данных должно быть конкретным, предметным, информированным, сознательным и однозначным.

Настоящим отказываюсь от согласия на обработку Оператором - СПб ГБУЗ «Городская больница № 38 им. Н.А. Семашко» (196601, г. Санкт-Петербург, г. Пушкин, ул. Госпитальная, д. 7/2, литер А) следующих моих персональных данных: _____

(наименование вида (видов) персональных данных)

и запрещаю любым образом распространять и публиковать информацию о моих персональных данных.

Последствия отказа от согласия на обработку персональных данных в доступной для меня форме мне разъяснены и понятны.

«___» _____ Г. _____
(подпись) (расшифровка подписи пациента)

Отказ от обработки персональных данных получен "___" _____ Г.

Уполномоченный представитель СПб ГБУЗ «Городская больница № 38 им. Н.А. Семашко» _____

