**Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение**

**здравоохранения** **«Городская больница Святого Великомученика Георгия»**

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных (в том числе специальных) данных пациента**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф. И. О. полностью)

в соответствии с требованиями статьи 9 Закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие СПБ ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия» (далее – Оператор), на обработку моих персональных данных, включающих в себя:

фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, слепки зубов, данные рентгенологических исследований, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что обработка 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 предоставляю право представителям Оператора передавать мои персональные данные (в том числе специальные), содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты, а также в СПб ГБУЗ «ГПАБ» в целях проведения прижезненных патолого-анатомических исследований и иммуногистохимических исследований биопсийного (операционного) материала.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), в частности, договорами ДМС (ОМС).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 лет (для стационара, 5 лет – для поликлиники).

Срок действия настоящего согласия– бессрочно. Способ отзыва согласия – путем отправки заказным письмом с описью вложения письменного заявления об отзыве данного согласия на имя руководителя Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне (моему ребенку) до этого медицинской помощи, и хранить в течение 5 лет, а после этого сдать в архив или уничтожить.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата дачи согласия) (подпись и расшифровка)

В случае невозможности подписания настоящего документа пациентом, вследствие тяжести состояния (отсутствия законных представителей), оформление медицинской документации происходит в установленном порядке в соответствии со ст.79 п.1 пп.11 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».

**Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение**

**здравоохранения «Городская больница Святого Великомученика Георгия»**

**СОГЛАСИЕ на видеонаблюдение**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф. И. О. полностью)

информирован (а) о том, что в медицинской организации ведется непрерывное **видеонаблюдение** в целях:

* фиксации и пресечения противоправных действий;
* обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности, повышения качества услуг и обслуживания пациентов, пресечения нарушений прав пациентов;
* обеспечения антитеррористической и пожарной безопасности;
* обеспечения безопасности работников и пациентов больницы;
* обеспечения сохранности имущества.
* Я извещен (а) о том, что в соответствии с ФЗ № 15-93 «Об охране здоровья граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табака» от 20.02.2013 употребление табака в медицинских учреждениях **категорически запрещено.**
* Я информирован (а), что **за курение в мед. учреждении я буду досрочно выписан(а)** на амбулаторное лечение с отметкой о нарушении режима.
* Я ознакомлен с правилами противопожарной безопасности на основании постановления Правительства Российской Федерации от 25.04.2012г. № 390 «О противопожарном режиме».
* Я информирован (а) о том, что **материальный вред**, причиненный пациентом имуществу Учреждения, будет предъявлен к взысканию в полном объёме и надлежит возместить в течение 30 дней со дня его обнаружения и предъявления соответствующего требования.
* **Я ознакомлен с правилами поведения пациента в  СПб ГБУЗ «Больница Святого Великомученика Георгия», правилами внутреннего распорядка и обязуюсь их соблюдать.** Правила поведения и обязанности пациентов размещены на информационных стендах отделений.

Хранение видеозаписи осуществляется в течение 30 дней в рамках выполнения требований к антитеррористической защищенности. Сохранность материалов видеонаблюдения обеспечивается в соответствии с «Положением о персональных данных»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата дачи согласия) (подпись и расшифровка)