

# ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

## П Р И К А З

\_\_\_\_\_2016г.

№ \_\_\_\_\_

г. Тюмень

### **О внесении изменений в приказ Департамента здравоохранения Тюменской области от 07.03.2013 № 134ос «Об утверждении форм согласий субъектов персональных данных на обработку их персональных данных»**

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федеральным законом от 21.10.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, распоряжением Департамента здравоохранения Тюменской области от 03.12.2016 № 20/36 «Об утверждении порядка осуществления аудиозаписи в медицинских организациях, подведомственных Департаменту здравоохранению Тюменской области»,

п р и к а з ы в а ю:

1. Внести в приказ Департамента здравоохранения Тюменской области от 07.03.2013 № 134ос «Об утверждении форм согласий субъектов персональных данных на обработку их персональных данных» (далее – Приказ) следующие изменения:

1.1. приложение 1 Приказа изложить в соответствии с приложением 1 к настоящему приказу;

1.2. приложение 2 Приказа изложить в соответствии с приложением 2 к настоящему приказу.

2. Приказ вступает в силу с момента его подписания.

3. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Директор

И.Б. Куликова

## СОГЛАСИЕ

### субъекта персональных данных, обратившегося в медицинскую организацию, на обработку его персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью)

паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
(серия и номер)

(дата и наименование выдавшего органа)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,  
(по месту регистрации)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку

(наименование и адрес медицинской организации)

(далее — Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, пол, гражданство, место жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства, месту проживания, место работы, социальное положение (статус), реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование и код подразделения органа выдавшего документ), реквизиты полисов медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения об оказанной медицинской помощи, сведения о мерах социальной поддержки, данные о состоянии здоровья, в том числе, содержащие врачебную тайну в целях:

- установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в медико-профилактических целях при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну;

- защиты моих прав на получение качественной медицинской помощи;

- осуществления контроля качества оказанных мне медицинских услуг, проведения медико-профилактических мероприятий;

- оплаты оказанных по программе обязательного и добровольного медицинского страхования медицинских услуг;

- ведения учета оказанной медицинской помощи;

- формирования медицинских статистических данных в формах медико-статистического наблюдения;

- обеспечения соблюдения законов Российской Федерации и иных нормативных правовых актов Российской Федерации.

Предоставляю Оператору право осуществлять при обработке моих персональных данных все действия (операции) 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 персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в информационные хранилища (электронную базу данных, списки, реестры, регистры), а также учетные и отчетные формы в электронном и бумажном исполнении. Оператор вправе осуществлять обработку моих персональных данных централизованно в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, отраслевой информационной системе здравоохранения Тюменской области.

Оператор имеет право получать и передавать мои персональные данные, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, с использованием средств автоматизации и без использования таких средств, на материальных носителях, в том числе в бумажном виде в следующие государственные органы, организации (учреждения):

- федеральному и территориальному фондам обязательного медицинского страхования;

- пенсионному фонду Российской Федерации, включая его территориальные органы;

- страховым медицинским организациям, осуществляющим мое страхование;

– организациям (учреждениям), осуществляющим на законном основании обработку медико-статистической информации;

– органам управления здравоохранением Российской Федерации, органам управления здравоохранением Тюменской области (без автономных округов) и органам управления здравоохранения Российской Федерации муниципальных образований (без автономных округов);

– иным медицинским организациям Российской Федерации (регионального и федерального уровней) на законном основании осуществляющих свою медицинскую деятельность, для установления мне медицинского диагноза, определения тактики лечения, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в медико-профилактических целях при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

Для контроля качества оказываемых мне медицинских услуг, я подтверждаю своё согласие, на сбор речевой информации при оказании мне медицинских услуг в данной медицинской организации.

Настоящим я подтверждаю, что данные речевой информации могут быть предоставлены Департаменту здравоохранения Тюменской области с целью контроля соблюдения этики и качества оказанных мне медицинских услуг.

В случае несогласия на сбор речевой информации пациенту необходимо собственноручно вписать отказ и утвердить его личной подписью.

Незаполненная графа "Подпись субъекта персональных данных" толкуется, как согласие пациента на сбор речевой информации.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ и действует бессрочно, в случае, если согласие не отозвано в письменной форме. (дата)

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю 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 до этого медицинской помощи и предоставления соответствующей медико-статистической информации.

**СОГЛАСИЕ**  
**законного представителя субъекта персональных данных на обработку**  
**персональных данных субъекта персональных данных обратившегося**  
**в медицинскую организацию**

Я, \_\_\_\_\_,  
Ф.И.О. полностью

паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
(серия и номер)

(дата и наименование выдавшего органа)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,  
(по месту регистрации)

являющийся законным представителем \_\_\_\_\_,  
(родителем, усыновителем, опекуном, попечителем)

представляемого \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество сына (дочери), усыновленного (удочеренной), подопечного (подопечной))

дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.,

(реквизиты документа, удостоверяющего личность (при наличии))

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_,  
(месту регистрации)

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку

(наименование и адрес медицинской организации)

(далее — Оператор) персональных данных представляемого, включающих: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, пол, гражданство, место жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства, месту проживания, месту работы, социальное положение (статус), реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование и код подразделения органа выдавшего документ), реквизиты полисов медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения об оказанной медицинской помощи, сведения о мерах социальной поддержки, данные о состоянии здоровья, в том числе, содержащие врачебную тайну в целях:

– установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в медико-профилактических целях при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну;

– защиты моих прав на получение качественной медицинской помощи;

– осуществления контроля качества оказанных мне медицинских услуг, проведения медико-профилактических мероприятий;

– оплаты оказанных по программе обязательного и добровольного медицинского страхования медицинских услуг;

– ведения учета оказанной медицинской помощи;

– формирования медицинских статистических данных в формах медико-статистического наблюдения;

– обеспечения соблюдения законов Российской Федерации и иных нормативных правовых актов Российской Федерации.

Предоставляю Оператору право осуществлять при обработке персональных данных представляемого все действия (операции) 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 персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать персональные данные представляемого посредством внесения их в информационные хранилища (электронную базу данных, списки, реестры, регистры), а также учетные и отчетные формы в электронном и бумажном исполнении.

Оператор вправе осуществлять обработку персональных данных представляемого централизованно в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, отраслевой информационной системе здравоохранения Тюменской области.

Оператор имеет право получать и передавать персональные данные представляемого, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, с использованием средств автоматизации и без использования таких средств, на материальных носителях, в том числе в бумажном виде в следующие государственные органы, организации (учреждения):

- федеральному и территориальному фондам обязательного медицинского страхования;
- пенсионному фонду Российской Федерации, включая его территориальные органы;
- страховым медицинским организациям, осуществляющим страхование представляемого;
- организациям (учреждениям), осуществляющим на законном основании обработку медико-статистической информации;

- органам управления здравоохранением Российской Федерации, органам управления здравоохранением Тюменской области (без автономных округов) и органам управления здравоохранения Российской Федерации муниципальных образований (без автономных округов);

- иным медицинским организациям Российской Федерации (регионального и федерального уровней) на законном основании осуществляющих свою медицинскую деятельность, для установления мне медицинского диагноза, определения тактики лечения, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в медико-профилактических целях при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Передача персональных данных представляемого иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Подпись законного представителя (родителя, усыновителя, опекуна, попечителя) субъекта персональных данных

---

Для контроля качества оказываемых мне медицинских услуг, я подтверждаю своё согласие, на сбор речевой информации при оказании мне медицинских услуг в данной медицинской организации. Настоящим я подтверждаю, что данные речевой информации могут быть предоставлены Департаменту здравоохранения Тюменской области с целью контроля соблюдения этики и качества оказанных мне медицинских услуг.

В случае несогласия на сбор речевой информации пациенту необходимо собственноручно вписать отказ и утвердить его личной подписью.

Незаполненная графа "Подпись законного представителя (родителя, усыновителя, опекуна, попечителя) субъекта персональных данных " толкуется, как согласие пациента на сбор речевой информации.

Подпись законного представителя (родителя, усыновителя, опекуна, попечителя) субъекта персональных данных

---

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ и действует бессрочно, в случае, если согласие не отозвано в письменной форме. (дата)

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю 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 представляемому до этого медицинской помощи и предоставления соответствующей статистической информации.