

**Общество с ограниченной ответственностью
“Медицинский центр “Радужный”
(ООО “МЦ “Радужный”)**

П Р И К А З

«31» августа 2023 г.

№ 67/1

г. Чебоксары

В соответствии с положениями ст. 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006» в целях оказания платных медицинских услуг взрослому населению, а также несовершеннолетним (подопечным)

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить формы договора на оказание платных медицинских услуг (приложение № 1, № 2, №3);
2. Утвердить форму Согласия пациента на обработку персональных данных (приложение № 5);
3. Утвердить форму Согласия законного представителя пациента на обработку персональных данных представляемого (приложение № 5);
4. Инженеру-программисту Лаптеву А.К. внести шаблоны договоров в программное обеспечение БИТ. Управление медицинским центром в срок до 11.09.2023г.
5. Сотрудникам регистратуры использовать утвержденные формы документов в работе с 11.09.2023г.
6. В связи с вышеизложенным, приказ № 117 от 30.08.2022 считать утратившим силу.
7. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач



Г.Г. Мусалимова

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я _____
(Ф. И. О. полностью, число, месяц, год рождения)

зарегистрированный по адресу: _____

фактически проживающий по адресу _____
паспорт _____, выдан _____
(серия, номер) (наименование органа, выдавшего документ)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в целях оказания мне платных медицинских услуг, настоящим выражаю свое согласие ООО «МЦ Радужный», расположенному по адресу: г. Чебоксары, ул. Радужная, д.12, помещение 1 (далее - Оператор) на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (далее - ОМС), полиса добровольного медицинского страхования (далее - ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Фонде пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания первичной медико-санитарной помощи, включающей в том числе, лабораторные методы обследования.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я 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), а также предоставления их в целях исполнения своих обязательств по предоставлению информации в «Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения» в соответствии с законодательством Российской Федерации Оператор имеет право на передачу сведений, составляющих врачебную тайну и содержащих информацию, относящуюся прямо или косвенно к персональным данным, Министерству здравоохранения Российской Федерации, Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения, Министерству здравоохранения Чувашской Республики, Бюджетному учреждению Чувашской Республики «Медицинский информационно-аналитический центр» Министерства здравоохранения Чувашской Республики, в Государственную информационную систему «Республиканская медицинская информационная система» и в личный кабинет «Единого портала государственных услуг», с соблюдением законодательства Российской Федерации об информации, информационных технологиях и о защите информации, а также законодательства Российской Федерации о персональных данных.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС, ДМС, в соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам (нужное подчеркнуть): супруг(а), мать, отец, сын, дочь, иные лица: _____

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной 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.

Я предупрежден(а), что изъятие и аннулирование сведений из информационных систем в сфере здравоохранения законодательством Российской Федерации не предусмотрено.

Дата: «___» _____ 20__ г.

Подпись пациента:

_____/_____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)

Пациент подписался в моем присутствии:

_____/_____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО (НЕДЕЕСПОСОБНОГО)**

Я _____

(Ф.И.О. законного представителя / опекуна)

паспорт _____ выдан _____

(серия, номер, когда и кем выдан)

(в случае опекунства указать реквизиты документа, на основании которого осуществляется опека)
являюсь законным представителем (опекуном) несовершеннолетнего (недееспособного) _____

(Ф.И.О. несовершеннолетнего / недееспособного, дата рождения)

проживающего по адресу: _____

(адрес несовершеннолетнего/ недееспособного)

на основании п. 1 ст. 64 Семейного кодекса Российской Федерации (п. 2. ст. 15 Федерального закона от 24 апреля 2008 г. № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве») и в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в целях оказания несовершеннолетнему ребенку (подопечному) платных медицинских услуг, настоящим выражаю свое согласие ООО «МЦ Радужный», расположенному по адресу: г. Чебоксары, ул. Радужная, д.12, помещение 1 (далее - Оператор) на обработку персональных данных несовершеннолетнего ребенка (подопечного), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (далее - ОМС), полиса добровольного медицинского страхования (далее - ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Фонде пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания первичной медико-санитарной помощи, включающей в том числе, лабораторные методы обследования.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными несовершеннолетнего ребенка (подопечного), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные несовершеннолетнего ребенка (подопечного) посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), а также предоставления их в целях исполнения своих обязательств по предоставлению информации в «Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения» в соответствии с законодательством Российской Федерации Оператор имеет право на передачу сведений, составляющих врачебную тайну и содержащих информацию, относящуюся прямо или косвенно к персональным данным, Министерству здравоохранения Российской Федерации, Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения, Министерству здравоохранения Чувашской Республики, Бюджетному учреждению Чувашской Республики «Медицинский информационно-аналитический центр» Министерства здравоохранения Чувашской Республики, в Государственную информационную систему «Республиканская медицинская информационная система» и в личный кабинет «Единого портала государственных услуг», с соблюдением законодательства Российской Федерации об информации, информационных технологиях и о защите информации, а также законодательства Российской Федерации о персональных данных.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС, ДМС, в соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг на обмен (прием и передачу) персональными данными несовершеннолетнего ребенка (подопечного) со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Я разрешаю предоставлять, передавать персональные данные несовершеннолетнего ребенка (подопечного), содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам (нужное подчеркнуть): супруг(а), мать, отец, сын, дочь, иные лица: _____

Передача персональных данных несовершеннолетнего ребенка (подопечного) иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения.

Срок хранения персональных данных несовершеннолетнего ребенка (подопечного) соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной 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.

Я предупрежден(а), что изъятие и аннулирование сведений из информационных систем в сфере здравоохранения законодательством Российской Федерации не предусмотрено.

Дата: « ____ » _____ 20__ г.

Подпись законного представителя / опекуна:

_____/_____/

(подпись) (расшифровка подписи)

Законный представитель / опекун подписался в моем присутствии:

_____/_____/

(подпись) (расшифровка подписи)