



**ЗАЯВЛЕНИЕ  
О СОГЛАСИИ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ  
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства)

паспорт, серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.,

являясь родителем, законным представителем (нужное подчеркнуть) несовершеннолетнего  
\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06г «О персональных данных» №152-ФЗ, даю согласие Областному автономному учреждению здравоохранения г. Иркутска «Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница (далее Оператор) на обработку персональных данных, включающих в себя: фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), 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 их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения несовершеннолетнего

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

с целью регистрации и обработки сведений согласно Устава Оператора. Лицензии на медицинскую деятельность. В том числе, необходимых для определения принадлежности пациента к числу застрахованных граждан и уточнения реквизитов страховых медицинских полисов обязательного медицинского страхования граждан, учета персональных данных пациентов.

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

Оператором выполняется комплекс организационных и технических мер: пропускной режим, назначение приказом должностных лиц, допущенных к обработке персональных данных; учет носителей информации, хранение их в специально оборудованных местах. Применяются следующие средства обеспечения безопасности: стандартные механизмы идентификации сертифицированных операционных систем.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и 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 будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

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

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие (согласно Федеральному закону от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных») 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 до этого медицинской помощи.

**С целью улучшения качества и безопасности медицинской деятельности в ОГАУЗ ГИМДКБ ведется видеонаблюдение.**

#### **Информация для пациентов (законных представителей несовершеннолетних) об участии обучающихся в оказании медицинской помощи**

В соответствии с пунктом 9 статьи 21 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в оказании медицинской помощи пациентам могут участвовать обучающиеся по профессиональным образовательным программам медицинского образования.

К участию в оказании медицинской помощи гражданам в рамках практической подготовки допускаются обучающиеся по основным или дополнительным профессиональным образовательным программам медицинского образования (студенты, аспиранты, ординаторы, слушатели и др.).

Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Ивано-Матренинская детская клиническая больница» является клинической (учебной) базой Иркутского государственного медицинского университета, Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования - филиала ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ОГБОУ ИБМК, медицинского колледжа железнодорожного транспорта, а также базой учебной и производственной практики студентов вышеперечисленных образовательных учреждений.

Участие обучающихся в оказании медицинской помощи гражданам осуществляется при согласии пациентов или их законных представителей и соблюдении медицинской этики.

Пациент должен быть проинформирован медицинским работником об участии обучающихся в оказании ему медицинской помощи и вправе отказаться от их участия, оформив отказ в письменном виде. В этом случае медицинская помощь пациенту будет оказана без участия обучающихся.

Контактный(е) телефон(ы) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)