Приложение к Приказу

от 26.06.2019 г. № 041/05

**Согласие**

**на обработку персональных данных пациента**

г. Москва «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г.

1. **Фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Адрес субъекта персональных данных:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Номер основного документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе:**

паспорт гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Фамилия, имя, отчество родителя или иного законного представителя субъекта персональных данных (при получении согласия от представителя субъекта персональных данных):**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Адрес родителя или иного законного родителя или иного законного представителя субъекта персональных данных (при получении согласия от представителя субъекта персональных данных):**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе (при получении согласия от родителя или иного законного представителя субъекта персональных данных):**

паспорт гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия этого родителя или иного законного представителя (при получении согласия от представителя субъекта персональных данных):**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Наименование оператора персональных данных, получающего согласие субъекта персональных данных:**

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (далее по тексту – Университет)

**Адрес оператора персональных данных, получающего согласие субъекта персональных данных:**

119991, город Москва, улица Трубецкая дом 8 строение 2

|  |
| --- |
| Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО субъекта персональных данных)  (далее по тексту – Пациент) свободно, своей волей и в своем интересе, и в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие на обработку своих персональных данных на следующих условиях: |

1. **Цель обработки персональных данных:**

* Оказание медицинской помощи и/или медицинских услуг Пациенту в медико-профилактических целях, в целях профилактики, диагностики и установление диагноза, последующего лечения заболеваний, медицинской реабилитации, а также передача персональных данных, в т.ч. составляющих врачебную тайну, другим должностным лицам Университета в интересах дальнейшего обследования, лечения Пациента и внутреннего учета, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну;
* Обеспечение соблюдения законов и иных нормативных правовых актов, регулирующих оказание медицинской помощи и/или медицинских услуг, в том числе, при использовании Университетом типовых форм, а так же, принимаемых и вступающих в силу в течении всего срока обработки персональных данных Пациента, нормативных правовых актов в сфере охраны здоровья граждан;
* Осуществление уставной деятельности Университета;
* Ведение Университетом персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах, сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, установленной законодательством отчетности в отношении указанных лиц, а также предоставление сведений в уполномоченные органы в установленном действующим законодательством порядке;
* Отражение информации в учетных медицинских документах (журналах приема больных, медицинских картах амбулаторных / стационарных Пациентов, бланках с результатами анализов, обследований, договорах на оказание медицинских услуг, счетах за оказанные медицинские услуги, журналах для регистрации выполненных услуг, обследований, оформленных листов нетрудоспособности и т.п., заключениях по врачебным экспертизам и иных документах, необходимых для учета медицинских услуг);
* Контроль количества и качества оказываемой медицинской помощи и/или медицинских услуг;
* Внесение необходимых сведений в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами и иными документами, определяющими взаимодействие Университета со страховыми медицинскими организациями, иными медицинскими организациями, органами управления здравоохранения и иными организациями;
* Выполнение обязательств Университета, предусмотренных нормативными правовыми актами и/или договорами, на предоставление, передачу персональных данных Пациента иным организациям, при условии, что указанные предоставление и передача будут осуществляться на бумажных носителях и с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту персональных данных Пациента от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять служебную тайну;
* Обеспечение действующего в Университете уровня безопасности, в том числе действующего пропускного и внутриобъектного режима и контроля его соблюдения, осуществление видеонаблюдения и видеозаписи на территории и в помещениях Университета;
* Обеспечение личной безопасности Пациента; идентификация личности Пациента;
* Использование обезличенных медицинских данных о состоянии здоровья Пациента, результатах обследования и лечения, иных результатов полученной клинической практики, для осуществления научно-исследовательской деятельности Университета и проведения научных и клинических исследований, их опубликования в научных изданиях, а также с целью использования в обучающих целях);
* Обработка персональных данных в соответствии с настоящим согласием, в том числе для информирования Пациента по каналам связи о порядке и условиях предоставления медицинской помощи и /или медицинских услуг и их результатов;
* Хранение персональных данных в течении 25 лет (для Пациентов стационара)/5 лет (для Пациентов поликлиники), содержащихся в документах, образующихся в деятельности Университета как медицинской организации, согласно части 1 статьи 17 Закона от 22 октября 2004 г. № 125-ФЗ «Об архивном деле Российской Федерации», а так же при осуществлении любых иных действий с персональными данными субъекта, указанными в им и полученными в течение срока оказания медицинской помощи и/или медицинских услуг, в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ и Закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

1. **Источник персональных данных:**

* Паспорт или иной [документ](consultantplus://offline/ref=4B560DBD7B2FE93D7FFA3683BDC65E92E2AFECA9470529B470DBC3548FJ1I7Q), удостоверяющий личность;
* Документ о регистрации (снятия с регистрационного учета) по месту жительства (месту пребывания);
* Страховое свидетельство государственного пенсионного страхования;
* Страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования (добровольного медицинского страхования, при наличии);
* Свидетельство о рождении;
* Документы, подтверждающие гражданство, в том числе иные гражданства (с указанием вида, серии, номера документа, удостоверяющего личность, наименования органа, выдавшего его, даты выдачи);
* Сведения (справки) о льготах;
* Медицинские справки, выписки, заключения (иные документы) о наличии (отсутствии) заболевания, о полученном ранее лечении с результатами медицинских осмотров (обследований), анализов в иных медицинских учреждениях;
* А также иные данные, предоставляемые Университету в ходе или в связи с оказанием медицинской помощи и/или медицинских услуг, либо обусловленные ими.

1. **Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных:**

* Фамилия, имя, отчество, прежние фамилия, имя, отчество (в случае изменения), а также дата, место и причина изменения;
* Пол;
* Паспортные данные (наименовании и реквизиты (серия, номер, наименование выдавшего органа, дата выдачи, регистрационный номер (при наличии) документов, удостоверяющих личность) (в т.ч. ксерокопия и/или отсканированная копия паспорта);
* Дата рождения, место рождения;
* Гражданство;
* Адрес места жительства (включая адрес регистрации, дату регистрации и адрес фактического проживания);
* Номера телефонов (домашний, мобильный, рабочий), номера телефонов родственников для связи в экстренных случаях;
* Семейное положение, сведения о составе семьи, степень родства, года рождения отца, матери, братьев, сестер и детей, а также мужа (жены);
* Адрес электронной почты;
* Место работы или учебы;
* Реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (добровольного медицинского страхования, при наличии);
* Номер свидетельства государственного пенсионного страхования (СНИЛС);
* Сведения о состоянии здоровья (в том числе группа здоровья, группа инвалидности), перенесенных заболеваниях, сведения об указании медицинской помощи и/или медицинских услугах, случаях обращения за медицинской помощью;
* Информация об употреблении наркотических средств, психотропных веществ и принимаемых лекарственных препаратах;
* А также иные данные, предоставляемые Университету в ходе или в связи с оказанием медицинской помощи и /или медицинских услуг, либо обусловленные ими.

1. **Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных:**

Любое действие (операция) 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, передача (распространение, предоставление, доступ, обмен, в том числе трансграничная передача), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

1. **Срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных, а также способ его отзыва:**

Настоящее Согласие на обработку персональных данных действует с момента его подписания Пациентом, в течение всего периода оказания медицинской помощи и/или медицинских услуг в Университете до достижения целей обработки персональных данных или до момента утраты необходимости в их достижении, если иное не предусмотрено действующим законодательством.

В случае, обработки персональных данных в целях статистического учета и отчетности, настоящее Согласие на обработку персональных данных действует 25 лет (для пациентов стационара)/5 лет (для пациентов поликлиники) после оказания медицинской помощи и/или медицинских услуг. Такой срок не ограничивает Университет в вопросах организации архивного хранения документов, содержащих персональные данные, в том числе в электронной (цифровой) форме.

Настоящее Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано Пациентом путем предоставления по месту нахождения Университета письменного заявления о прекращении его действия, при поступлении которого персональные данные деперсонализируются в 15-дневный срок (кроме сведений, хранение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации).

В случае отзыва Согласия персональные данные, включенные в документы, образующиеся или образовавшиеся в деятельности Университета, в том числе во внутренние документы Университета, в период действия Согласия, могут передаваться третьим лицам.

1. **Подпись субъекта персональных данных:**

Поле для проставления отметки о согласии субъекта на обработку персональных данных, осуществляемую без использования средств автоматизации

(в соответствии с требованиями Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации, утв. постановлением Правительства РФ от 15.09.2008 N 687):

|  |
| --- |
|  |

(подпись субъекта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью)

персональных данных)

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» (в т.ч. с правами и обязанностями в области защиты персональных данных ознакомлен(а)).