



**Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр  
детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

**Согласие пациента на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_,  
проживающий по адресу \_\_\_\_\_

*наименование и реквизиты документа, подтверждающего личность пациента*

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. “О персональных данных” №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Федеральным государственным бюджетным учреждением "Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева" Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее — Оператор) персональных данных моего подопечного, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, место рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья моего подопечного, 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 и иные персональные данные, ставшие ему известными во время осуществления профессиональной деятельности. В процессе оказания Оператором медицинской помощи моему подопечному, я предоставляю право медицинским работникам передавать все персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения моего подопечного. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными моего подопечного, 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) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) персональными данными моего подопечного с обслуживающей 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.

Срок хранения персональных данных моего подопечного соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет: стационар 25 лет, поликлиника 5 лет.

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

Я, \_\_\_\_\_, своей подписью удостоверяю, что текст мною прочитан, мне понятно содержание и назначение данного документа. Получив полную информацию, даю свое согласие на предоставление Оператором персональных данных моего подопечного лично, по телефону (при звонке Оператора) и по электронной почте (указанной в направлении на исследование) лечащему врачу/медицинской организации (где наблюдается мой подопечный), а также следующим лицам:

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, контактный телефон, e-mail)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, контактный телефон, e-mail)

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ и действует бессрочно.  
*дата подписи*

Контактный(е) телефон(ы) \_\_\_\_\_

Электронный адрес \_\_\_\_\_

Подпись законного представителя \_\_\_\_\_

Подпись медицинского работника \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /