МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «УЛЬЯНОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМЕНИ В.А. КОПОСОВА»

П Р И К А З

04.04.2022 № 130

г.Ульяновск

О внесении изменения в приказ от 30.09.2021 № 368 «Об утверждении Положения об обработке персональных данных в государственном казённом учреждении здравоохранения «Ульяновская областная клиническая психиатрическая больница имени В.А. Копосова»

В соответствии с требованиями Федерального закона от 30.12.2020 № 519-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О персональных данных»,

приказываю:

1. Дополнить Положение об обработке персональных данных в государственном казённом учреждении здравоохранения «Ульяновская областная клиническая психиатрическая больница имени В.А. Копосова», утвержденное приказом от 30.09.2021 № 368 бланком согласия на обработку персональных данных (для пациентов) в процессе оказания телемедицинской помощи (Приложение № 1).

2. С данным приказом ознакомить всех заинтересованных работников учреждения.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на начальника службы безопасности и режима Арбузова С.А.

5. Приказ вступает в силу со дня его подписания.

Главный врач О.В. Гаврилина

Приложение

СОГЛАСИЕ

на обработку/передачу персональных данных (для пациентов)

Я, _____

(Ф.И.О. полностью)

проживающий (ая) по адресу:

_____

Паспорт (серия, кем выдан)

_____

Законный представитель несовершеннолетнего (***заполняется при необходимости***)

_____

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006г. «О защите персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ГКУЗ «УОКПБ им. В.А.Копосова», адрес: 433321, г. Ульяновск, пос. им. Карамзина, ул. Центральная, д. 13_(далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, при проведении телемедицинских консультаций в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, данные о праве на льготные рецепты, выписанные льготные рецепты при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне телемедицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

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.

Оператор в интересах моего обследования и лечения вправе поручить обработку моих персональных данных с правами осуществлять следующие действия включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение: ГУЗ «Ульяновский областной медицинский информационно-аналитический центр» (432017, г. Ульяновск, ул. 12 Сентября, д.112а) с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (двадцать пять лет – для стационара, пять лет – для поликлиники).

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

Настоящее согласие действует до достижения целей обработки моих персональных данных. 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.

Я согласен(на) на направление заключения телеконсультации на адрес электронной почты

_____

Контактный телефон _____ и почтовый адрес _____

_____

Дата и Подпись субъекта персональных данных _____/_____/

_____