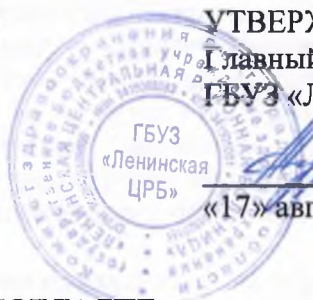


Приложение 6
к приказу ГБУЗ «Ленинская ЦРБ»
от 17.08.2026 №126-О

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач
ГБУЗ «Ленинская ЦРБ»
Л.П. Журбина
«17» августа 2026 г.



ФОРМА

СОГЛАСИЕ

на обработку и передачу персональных данных, а также на обработку
и передачу специальных категорий персональных данных

Я, нижеподписавшийся(ая), _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

паспорт серии _____ номер _____ выдан _____
(кем, когда)

зарегистрированный по адресу: _____

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

Тел.: _____ Электронная почта: _____

в соответствии со статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на обработку медицинской организацией государственной системы здравоохранения Волгоградской области государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Ленинская центральная районная больница» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (при наличии), пол, дату рождения, адрес места жительства (проживания), контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, выписанных рецептах и лекарственных средствах, случаи обращения за медицинской помощью, справки, выдаваемой учреждениями медико-социальной экспертизы (при наличии), и другую информацию – в медико-профилактических целях, в целях оказания медицинских услуг, включая установление медицинского диагноза, предоставления медико-профилактических услуг, социальных услуг, государственных и муниципальных услуг, осуществления иных, связанных с этим мероприятий, при условии обеспечения сохранности врачебной тайны.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе специальные категории персональных данных, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования, лечения, в том числе в порядке взаимодействия с иными медицинскими организациями, привлекаемыми Оператором для оказания медицинской помощи.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также внесение их в электронную базу данных используемой Оператором государственной/региональной медицинской информационной системы (далее – МИС), включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные законодательством Российской Федерации, обмен (прием и передачу) персональными данными между МИС и Порталом государственных услуг РФ, отделами ЗАГС, территориальным фондом ОМС и страховой медицинской организацией, федеральным/региональным бюро медико-социальной экспертизы, федеральной/региональной интегрированной электронной медицинской картой, Фондом социального страхования, его региональными филиалами, обособленными структурными подразделениями с обеспечением их защиты от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Я также даю Оператору свое согласие на использование моих персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи, в том числе путем направления мне SMS-сообщений или письма на электронную почту, о мероприятиях, связанных с оказанием мне медицинской помощи (запись на прием (обследование), отмена приема (обследования), готовность результатов исследования.

Я разрешаю / не разрешаю предоставлять сведения о фактах моего обращения за медицинской помощью и состоянии здоровья, диагнозе, в том числе через регистратуру, а также в случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания следующим лицам¹:

(фамилия, имя и (при наличии) отчество полностью, контактный телефон)

(фамилия, имя и (при наличии) отчество полностью, контактный телефон)

Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 (двадцать пять) лет.

Подпись субъекта
персональных данных

(подпись)

(расшифровка)

« ____ » _____ Г.
(дата оформления)

¹ Заполняется по желанию субъекта персональных данных