

УТВЕРЖДЕНА  
распоряжением  
Министерства здравоохранения  
Московской области  
от 19.07.2021 № 144-Р

Форма

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ  
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО / НЕДЕЕСПОСОБНОГО ПАЦИЕНТА  
на обработку и передачу персональных данных, а также  
на обработку и передачу специальных категорий персональных данных

Я, нижеподписавшийся (ася) \_\_\_\_\_  
(ФИО, полностью)

паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (кем и когда выдан)  
проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

адрес регистрации: \_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_ электронная почта: \_\_\_\_\_

являясь законным представителем ( мать , отец , опекун , попечитель и др. )

\_\_\_\_\_ (ФИО полностью)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.р., паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан

\_\_\_\_\_ (кем и когда выдан)  
проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Документ, подтверждающий полномочия законного представителя \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

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 в медицинской организации  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ  
ОБЛАСТИ "БАЛАШИХИНСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 1"

\_\_\_\_\_ (наименование оператора)  
(далее - Оператор) персональных данных \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы, дата рождения несовершеннолетнего / недееспособного пациента)

включающих: фамилию, имя, отчество, 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 персональные данные

---

(фамилия, инициалы, дата рождения несовершеннолетнего / недееспособного пациента)

в том числе специальные категории персональных данных, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения, в том числе в порядке взаимодействия с иными медицинскими организациями, привлекаемыми Оператором для оказания мне медицинской помощи.

---

(фамилия, инициалы, дата рождения несовершеннолетнего / недееспособного пациента)

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 государственной информационной системы «Единая медицинская информационно-аналитическая система Московской области» (далее - ЕМИАС МО), включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные законодательством Российской Федерации, обмен (прием и передачу) персональными данными между ЕМИАС МО и Порталом государственных и муниципальных услуг (функций) Московской области, главным управлением ЗАГС Московской области, территориальным фондом ОМС и страховыми медицинскими организациями, Единым порталом государственных и муниципальных услуг (функций), Единой автоматизированной информационной системой «Социальная защита и социальное обслуживание населения Московской области» (ЕАИС СОЦ), Государственной информационной системой «Единая информационная система учета и мониторинга образовательных достижений обучающихся общеобразовательных организаций Московской области» (ГИС ИСУОД), федеральным бюро медико-социальной экспертизы, федеральной 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 персональных данных

---

(фамилия, инициалы, дата рождения несовершеннолетнего / недееспособного пациента)

в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений или письма на электронную почту: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы, дата рождения несовершеннолетнего / недееспособного пациента)

Я разрешаю/не разрешаю (ненужное зачеркнуть) предоставлять сведения о фактах моего обращения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы, дата рождения несовершеннолетнего / недееспособного пациента)

за медицинской помощью и состоянии здоровья, диагнозе, в том числе через регистратуру, а также в случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания следующим лицам <sup>1</sup> :

\_\_\_\_\_  
(ФИО полностью, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(ФИО 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 документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет для стационаров, пять лет для поликлиник.

Подпись субъекта  
персональных данных

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.  
(дата)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка)

<sup>1</sup> Заполняются по желанию субъекта персональных данных