

| | | |
|---|--|-------------|
| Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кузбасская клиническая станция скорой медицинской помощи им.Годлевской Н.М.» | | |
| Редакция №4 | ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ ПО ОБРАЩЕНИЯМ | стр. 1 из 1 |
| Приказ №117 от 06.06.2023 | | |

Приложение №4 Формы заявления и согласия

ЗАЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА (его представителя)

на ознакомление с медицинской документацией содержащей врачебную тайну
и иные данные полученные при оказании скорой медицинской помощи

Я, _____
(фамилия, имя, отчество Заявителя (пациента или его законного представителя))

_____ (наименование документа удостоверяющего личность получателя сведений, серия, № документа, дата выдачи)

_____ (наименование органа, выдавшего документ удостоверяющий личность)

_____ (зарегистрированный по адресу)

прошу выдать на основании письма согласия ПАЦИЕНТА
на обработку его персональных данных (прилагаю на обороте)

Справка по вызову СМП



выбираете галочкой



Копию карты вызова СМП

за « ____ » _____ 20__ г. (день оказания СМП):

на _____
(фамилия, имя, отчество ПАЦИЕНТА или НЕ ЗАПОЛНЯЕТСЯ если заявитель сам пациент!)

_____ (наименование документа удостоверяющего личность получателя сведений, серия, № документа, дата выдачи)

_____ (наименование органа, выдавшего документ удостоверяющий личность)

_____ (зарегистрированный по адресу)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество ЗАЯВИТЕЛЯ (ПАЦИЕНТА или ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ))

получил собственноручно и претензий не имею:

№ _____ от « ____ » _____ 20__ г.

_____ (подпись)

« ____ »

_____ (дата)

_____ 20__

| | | |
|---|--|-------------|
| Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кузбасская клиническая станция скорой медицинской помощи им.Годлевской Н.М.» | | |
| Редакция №4 | ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ ПО ОБРАЩЕНИЯМ | стр. 2 из 2 |
| Приказ №117 от 06.06.2023 | | |

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, _____

(фамилия, имя, отчество ПАЦИЕНТА)

« _____ » _____ года рождения, проживающий по адресу (место регистрации):

Паспорт: серия _____ номер _____ дата выдачи « _____ » _____ г.

кем выдан

в лице представителя (ЕСЛИ ЕСТЬ) _____

(фамилия, имя, отчество представителя)

число, месяц, год рождения « _____ » _____ г. проживающий по адресу (по месту регистрации) _____

Паспорт серия _____ № _____ . выдан _____

дата выдачи « _____ » _____ г.

или по доверенности от « _____ » _____ г. № _____

Реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 N 152-ФЗ, ФЗ «О персональных данных» даю согласие Государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Кузбасская клиническая станция скорой медицинской помощи» (далее – Оператор), юридический адрес: 650036 г. Кемерово ул. Волгоградская, д. 39, на обработку моих персональных данных, включающих в себя: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, адрес вызова скорой медицинской помощи, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Представителю 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 (документов).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со 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 сохранить профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (карты вызова СМП и журнала приема вызова СМП).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное из разглашение может осуществляться только в соответствии с законодательством РФ.

Я оставляю за собой право отозвать 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 представителя Оператора.

В случаях получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Настоящее согласие действует СО ДНЯ ПОДПИСАНИЯ до дня отзыва в письменной форме.

« _____ » _____ г.

_____ / _____

(ПОДПИСЬ)

(ФАМИЛИЯ И.О.)