

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинских вмешательств и передачу персональных данных.**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_,  
(вид документа, серия и номер)

выдан : \_\_\_\_\_,  
(кем и когда выдан)

проживающий (ая): \_\_\_\_\_

ФИО и возраст ребенка: \_\_\_\_\_

даю согласие ГБУЗ КО «Калужский областной врачебно-физкультурный диспансер» на проведение моему ребенку медицинского обследования для допуска к занятиям спортом и необходимых лечебно-профилактических мероприятий (опрос, сбор анамнеза, осмотр врачами-специалистами, антропометрическими исследованиями, тонометрия, неинвазивные исследования органа зрения и слуха, исследования функции нервной системы, лабораторные и функциональные методы обследования, физиотерапевтические, медицинский массаж, лечебная физкультура). При отказе от медицинского вмешательства я информирован о последствиях (отсутствие допуска для занятий спортом и участия в спортивно-массовых мероприятиях).

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ КО «Калужский областной врачебно-физкультурный диспансер» (далее – Оператор) моих персональных данных, персональных данных моего ребенка, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, 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.

В процессе оказания Оператором мне медицинской 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, персональными данными моего ребенка, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные, данные моего ребенка посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов). Срок хранения моих персональных данных, данных моего ребенка соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 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 дано мной **V** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (дата) на двадцать пять лет.

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.

В случае 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.

Моя подпись означает, что я текст данного «согласия» прочитал(а), в нем мне все понятно.

Контактный телефон(ы) \_\_\_\_\_  
и почтовый адрес \_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных **V** \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.