



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
УХА, ГОРЛА, НОСА И РЕЧИ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

« 22 » апреля 2024 г.

№ 89

О внесении изменений в приказ № 53 от
09.03.2022

В целях актуализации локальных нормативно-правовых актов в целях обработки персональных данных в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и в целях установления единого порядка обработки и защиты персональных данных в ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России.

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести изменения в приказ директора института от 09.03.2022 № 53 «О персональных данных и обработке».
2. Приложение № 3 к приказу 09.03.2022 № 53 «О персональных данных и обработке» считать утратившим силу.
3. Утвердить форму согласия на обработку персональных данных для пациентов ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России (Приложение №1).
4. Главному врачу Дьяковой М.В. использовать новую редакцию для подписания согласия пациентами.
5. Начальнику отдела информационных технологий Копылову Д.В. актуализировать формы на официальном сайте и в медицинских информационных системах.
6. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя директора по общим вопросам Ефиценко П.Ю.

Директор института
ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России
профессор

В.В. Дворянчиков

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России)**

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____ (Ф.И.О. полностью)
проживающий по адресу (месту регистрации): _____

паспорт (серия и номер) _____, дата выдачи _____ название выдавшего органа _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет или признанных недееспособными:
Я _____, проживающий по адресу _____
паспорт: _____, выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:
_____ (Ф.И.О ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

руководствуясь ст. 9, ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, даю согласие ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России (далее - Оператор), находящемуся по адресу 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, 9, в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

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

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моих персональных данными со страховой медицинской организацией, выдавшей полис ОМС (ДМС), 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 сохранять профессиональную тайну. Трансграничная передача персональных данных не осуществляется.

Настоящим я **ДАЮ / НЕ ДАЮ (не нужно зачеркнуть)** свое согласие на использование моих персональных данных с целью информирования меня (с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений, сообщений по электронной почте и телефонных звонков) о записи на прием к специалисту, о предстоящем исследовании, об акциях и скидках, а также с целью проведения опроса/анкетирования, для чего собственноручно сообщаю адрес электронной почты (_____) и номер телефона (_____).

Я подтверждаю, что все указанные в настоящей анкете данные верны, подтверждаю, что указанный выше номер является моим номером телефона, выделенным мне оператором сотовой связи, и готов возместить любой ущерб, который может быть причинен в связи с указанием мной некорректных данных в настоящем согласии в полном объеме.

Срок хранения моих персональных данных 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. 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 расчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи. Оператор вправе продолжить такую обработку руководствуясь ч. 2 ст. 9, п. 4 ч. 2 ст. 10 Закона № 152-ФЗ.


Подпись субъекта персональных данных _____ / _____

Согласие получено _____ (дата) _____ (Фамилия, инициалы)


Уполномоченный представитель медицинской организации _____ /ФИО/

С настоящим Приказом ознакомлены:

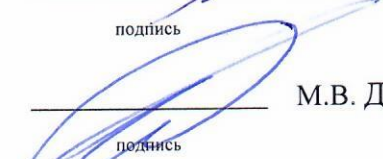
Заместитель директора по общим вопросам


_____ П.Ю. Ефиценко
подпись


Начальник отдела информационных технологий


_____ Д.В. Копылов
подпись

Главный врач


_____ М.В. Дьякова
подпись

Помощник директора по правовой работе


_____ К.Р. Доронина
подпись