

**СОГЛАСИЕ**  
**НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ С ЦЕЛЮ ПРОВЕДЕНИЯ**  
**ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ**  
**с ФГБУ «НМИЦ ТИО им. ак. В.И. Шумакова» Минздрава России**

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

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

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

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
адрес регистрации: \_\_\_\_\_

телефон: 8(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ электронная почта: \_\_\_\_\_

Являясь представителем (законным) несовершеннолетнего:

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего)  
действуя на основании \_\_\_\_\_

доверенности от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. N \_\_\_\_\_,

или иной документ, подтверждающий полномочия представителя (свидетельство о рождении): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006г. №152-ФЗ, в целях проведения телемедицинских консультаций, подтверждаю свое согласие на обработку **ФГБУ «НМИЦ ТИО им. ак. В.И. Шумакова» Минздрава России**, адрес: 123182, г. Москва, Шукинская улица, дом 1, (далее — Оператор) моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество (последнее – при наличии), пол, дату рождения, адрес места жительства (пребывания), место работы, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты паспорта (документа удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии здоровья и диагнозе, сведения данных медицинского обследования, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иных сведений, полученных в результате медицинских исследований, а также фотографии, видеозаписи с медицинской аппаратуры и прочих медицинских видео и графических изображений; включая их сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение.

Указанные персональные данные предоставляю для обработки в следующих целях:

- 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;
- реализации Оператором своих полномочий и выполнения своих обязанностей, обязательств и компетенций, определенных Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», а также иными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Также подтверждаю свое согласие на обработку вышеуказанных данных посредством единой государственной информационной системы, подсистемы ТМК; информационной системы «Телемедицинская система дистанционных консультаций федерального и регионального уровней» ФТМС иным медицинским учреждениям,

которым Центром будут направлены медицинские документы и мои персональные данные в целях оказания медицинской помощи – телемедицины.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных (лица, законным представителем которого я являюсь): на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, также смешанным способом.

Подтверждаю, что мне в доступной форме разъяснены цель, вид и способ проведения телемедицинской консультации. Я понимаю необходимость проведения телемедицинской консультации, осознаю риск, связанный с возможной утечкой информации, прерыванием процесса передачи данных по техническим причинам в ходе телемедицинской консультации. Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных мне разъяснён. Подтверждаю, что ознакомлен (а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены. Не возражаю против записи телемедицинской консультации на электронные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием, исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Передача моих персональных данных (лица, законным представителем которого я являюсь) иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

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.

В случае отзыва настоящего документа Оператор вправе продолжить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, хранятся у Оператора в течение срока хранения медицинских документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я удостоверяю, что:

- права как субъекта персональных данных мне разъяснены и мне понятны;
- на все мои вопросы я получил(а) понятные мне ответы;
- текст настоящего документа мною прочитан, мне понятно назначение настоящего документа, полученные разъяснения мне понятны.

Дата начала обработки персональных данных: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Пациент/законный представитель пациента / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)