

**Согласие пациента (представителя пациента)
на обработку персональных данных при обращении с целью получения консультации по медицинским документам**

Я, _____,
(ФИО полностью)

(адрес: _____, документ, удостоверяющий личность (наименование, серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ): _____),

*являясь представителем _____,
(ФИО полностью)

(адрес: _____, документ, удостоверяющий личность (наименование, серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ): _____)

на основании _____,
(документ, подтверждающий полномочия представителя (наименование, реквизиты))

в целях получения мной/моим представляемым консультации по медицинским документам, **даю свое согласие федеральному государственному бюджетному учреждению «Национальный медицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России)**, находящемуся по адресу: 630055, Российская Федерация, г. Новосибирск, ул. Речкуновская, д. 15, на обработку моих персональных данных/персональных данных моего представляемого, а также персональных данных, касающихся состояния здоровья (в том числе: фамилия, имя, отчество, возраст, дата рождения, адрес регистрации по месту жительства либо по месту пребывания; данные документа, удостоверяющего личность, сведения о факте обращения в ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России за оказанием медицинской помощи, в том числе сведения о дате оказания медицинской помощи; сведения о состоянии здоровья и диагнозе, иные сведения полученные при оказании медицинской помощи), а также отражающих состояние здоровья медицинских документов, их копий и выписок из медицинских документов, посредством совершения действий с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обмен по незащищенным каналам связи, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Я согласен(а) на передачу указанных в настоящем согласии персональных данных, в том числе персональных данных, касающихся состояния здоровья, а также отражающих состояние здоровья медицинских документов (медицинских заключений, протоколов консилиумов врачей), копий и выписок из медицинских документов, по незащищенным каналам связи, в том числе по адресу электронной почты, номеру телефона, указанным в обращении с целью получения консультации по медицинским документам.

Я согласен(а) на передачу моей медицинской документации и информации о моем состоянии здоровья/медицинской документации и информации о состоянии здоровья моего представляемого должностным лицам Центра, профильным специалистам иных медицинских организаций, медицинским экспертам, при условии соблюдения ими врачебной тайны, а также для проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую своей волей в своих интересах/интересах моего представляемого.

****** В целях получения мной представляемым консультации по медицинским документам, я даю свое согласие ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России на обработку моих персональных данных, содержащихся в настоящем согласии, посредством совершения действий, указанных в настоящем согласии.

Настоящее согласие действует со дня его подписания и в течение всего срока хранения медицинской документации. Отзыв согласия осуществляется путем подачи мною/моим представляемым письменного заявления об отзыве настоящего согласия в канцелярию ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России.

« ____ » _____ Г.

(подпись, фамилия, имя, отчество собственноручно)

* заполняется при получении согласия от представителя субъекта персональных данных

** включается при получении согласия от представителя субъекта персональных данных