**Согласие пациента (представителя пациента)**

**на обработку персональных данных при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий**

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 оказания мне/моему представляемому медицинской помощи с применением телемедицинских технологий по инициативе лечащего врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(специальность, ФИО лечащего врача)*

**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 и персональных данных моего представляемого, а также персональных данных, касающихся состояния моего здоровья/здоровья моего представляемого (в том числе: фамилия, имя, отчество, возраст, дата рождения, адрес регистрации по месту жительства либо по месту пребывания; сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, в т.ч. в ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России; сведения о состоянии здоровья и диагнозе, иные сведения полученные при оказании медицинской помощи), а также содержащихся в отражающих состояние здоровья медицинских документов, их копиях и выписках 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 (предоставление, доступ), обмен по незащищенным каналам связи, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

**Я согласен(на)** на предоставление оформленного по результатам оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий медицинского заключения (протокола консилиума врачей) лечащему врачу путем **направления в электронном виде либо обеспечения дистанционного доступа лечащего врача к медицинскому заключению (протоколу консилиума врачей) и сопутствующим материалам.**

**Я согласен(на)** на передачу моей медицинской документации и информации о состоянии моего 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, в целях получения лечащим врачом консультации (проведения консилиума врачей), а также для проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи.

\*\*В целях организации оказания моему представляемому медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, 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.

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

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, фамилия, имя, отчество собственноручно)

*\* заполняется при получении согласия от представителя субъекта персональных данных*

*\*\* включается при получении согласия от представителя субъекта персональных данных*

*.*