

**СОГЛАСИЕ
ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО НА ОБРАБОТКУ
И ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ,
СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)
Дата рождения: " ____ " _____ г.р., зарегистрированный(ая) по адресу: _____
_____, фактически проживающий(ая)
(адрес регистрации по месту жительства)
по адресу: _____
(адрес проживания)
документ, удостоверяющий личность _____
(наименование документа, удостоверяющего
личность, серия, номер,
_____ сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
СНИЛС _____, действующий(ая) в интересах
(заполняется при наличии у субъекта персональных данных сведений о СНИЛС)
несовершеннолетнего _____,
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего, дата рождения)
свидетельство о рождении (паспорт) _____

(наименование документа, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
в соответствии с требованиями [статьи 9](#) Федерального закона "О персональных данных" от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ и Федеральным [законом](#) от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", даю свое согласие на обработку

_____, расположенного(ой) по адресу(ам): _____
(наименование медицинской организации),
(адрес организации)

(далее - Оператор) персональных данных несовершеннолетнего, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные моего ребенка при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания Оператором медицинской помощи моему ребенку я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные моего ребенка, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах обследования и лечения моего ребенка.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными несовершеннолетнего, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать персональные данные моего ребенка посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС (договорам ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (договору ДМС) на обмен (прием и передачу) персональных данных со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка

осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Я разрешаю предоставлять, передавать персональные данные моего ребенка, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам:

- работодатель _____
- супруг(а) _____
- мать _____
- отец _____
- сын _____
- дочь _____
- иные лица _____

Передача персональных данных несовершеннолетнего иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

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.

Подпись законного представителя: _____ / _____
(подпись) (расшифровка)

Дата: " __ " ____ 20__ г.

Законный представитель подписался в моем присутствии

_____/_____
(подпись врача) (расшифровка с указанием должности)

Заполняется, если законный представитель не может самостоятельно прочесть информированное согласие, но может его подписать.

Информированное согласие прочитано законному представителю вслух _____

(Ф.И.О. врача, должность)

Информированное согласие разъяснено и понятно, доведено до законного представителя в доступной для понимания форме.

Заполнено в моем присутствии: _____ / _____,
подпись ФИО, должность

удостоверяет присутствующий при беседе (свидетель) врач

_____/_____
подпись ФИО, должность

Заполняется, если законный представитель по тяжести состояния не может подписаться из-за когнитивного снижения _____

(указать в чем состоит тяжесть)

не может прочесть и подписать данное согласие.

Решение о общем плане обследования и лечения принимается коллегиально (консилиумом) - [пункты 9, 10 статьи 20 N 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года.](#)

Врач ГБУЗ «ДС №27 ДЗМ»

_____/_____
подпись ФИО

Врач ГБУЗ «ДС №27 ДЗМ»

_____/_____
подпись ФИО

Врач отделения ГБУЗ «ДС №27 ДЗМ»

_____/_____
подпись ФИО

Подпись законного представителя _____ / _____
подпись ФИО

Дата _____ 20__ г.