

ПРИКАЗ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИДНЕСТРОВСКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Об утверждении формы информированного
добровольного согласия пациента
на обработку персональных данных

Зарегистрирован Министерством юстиции
Приднестровской Молдавской Республики 14 января 2020 г.
Регистрационный N 9276

В соответствии с Законом Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года N 29-3 "Об основах охраны здоровья граждан" (СЗМР 97-1) в действующей редакции, Законом Приднестровской Молдавской Республики от 16 апреля 2010 года N 53-3-IV "О персональных данных" (САЗ 10-15) в действующей редакции, Постановлением Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 6 апреля 2017 года N 60 "Об утверждении Положения, структуры и предельной штатной численности Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики" (САЗ 17-15) с изменениями и дополнениями, внесенными постановлениями Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 14 июня 2017 года N 148 (САЗ 17-25), от 7 декабря 2017 года N 334 (САЗ 17-50), от 17 октября 2018 года N 352 (САЗ 18-42), от 14 декабря 2018 года N 448 (САЗ 18-51), от 26 апреля 2019 года N 143 (САЗ 19-17), от 8 августа 2019 года N 291 (САЗ 19-30), от 15 ноября 2019 года N 400 (САЗ 19-44), в целях упорядочения статистической медицинской отчетности лечебно-профилактических организаций, а также в целях обеспечения прав и свобод человека и гражданина на защиту персональных данных, на информированное добровольное согласие, как предварительное условие для обработки персональных данных, приказываю:

1. Утвердить для использования в государственных лечебно-профилактических организациях Приднестровской Молдавской Республики Приднестровской Молдавской Республики форму информированного добровольного согласия пациента на обработку персональных данных согласно Приложению к настоящему Приказу.

2. Ответственность за исполнение настоящего Приказа возложить на руководителей государственных лечебно-профилактических организаций.

3. Настоящий Приказ вступает в силу со дня, следующего за днем его официального опубликования.

Заместитель Председателя Правительства -
Министр

А. ЦУРКАН

г. Тирасполь
6 декабря 2019 года
N 839

Приложение к Приказу
Министерства здравоохранения
Приднестровской Молдавской Республики
от 6 декабря 2019 года N 839

Министерство здравоохранения ПМР

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____
МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
Утверждена Приказом МЗ ПМР
от " " 2019 г. N _____

наименование организации

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я _____
(фамилия, имя, отчество)

Дата рождения _____ паспорт серия _____ номер _____
кем и когда выдан _____,
проживающий(ая) по адресу: _____

_____, в соответствии с
требованиями Закона Приднестровской Молдавской Республики от 16
января 1997 года N 29-3 "Об основах охраны здоровья граждан" (СЗМР
97-1), статьями 6, 9 Закона Приднестровской Молдавской Республики от
16 апреля 2010 года N 53-3-IV "О персональных данных" (САЗ 10-15)
ДАЮ СОГЛАСИЕ на обработку _____

(наименование лечебно-профилактического
учреждения) (далее - Оператор) моих персональных данных,
персональных данных представляемого мной ребенка (сына,
дочери)/подопечного (нужно подчеркнуть)

(фамилия, имя, отчество ребенка/ подопечного),

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места
жительства (места пребывания), контактные телефоны, реквизиты
паспорта (документа удостоверяющего личность, в том числе
свидетельства о рождении), страховой номер индивидуального лицевого
счета в Едином государственном фонде социального страхования
Приднестровской Молдавской Республики, место работы, учебы, данные о
состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской
помощью и другую информацию (фотографии, видеоматериалы) - в
медико-профилактических целях, в целях установления медицинского
диагноза и оказания медицинских услуг, осуществления иных, связанных
с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета
Оператора. В процессе оказания Оператором мне/представляемому мной
ребенку медицинских услуг Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ ПРАВО медицинским
работникам (врачам, среднему медицинскому персоналу) передавать мои
персональные данные/персональные данные представляемого мной ребенка
_____ (нужно подчеркнуть),
в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам
Оператора в интересах обследования, лечения и внутреннего учета
Оператора. Передача персональных данных иным лицам или иное их
разглашение может осуществляться только с моего письменного
согласия.

Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ ОПЕРАТОРУ ПРАВО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ все действия с
персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление,
хранение посредством внесения их в электронную базу данных,
включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные
документами, регламентирующими предоставление отчетных данных
(документов) в соответствии с законодательством Приднестровской
Молдавской Республики, обновление, изменение, использование,
передачу (в другое лечебно-профилактическое учреждение),
обезличивание, блокирование, уничтожение.

ОПЕРАТОР ИМЕЕТ ПРАВО обрабатывать персональные данные
посредством внесения их в электронную базу данных, включения в
списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами,
регламентирующими предоставление отчетных данных (документов),
договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен
(прием и передачу) персональными данными с иным
лечебно-профилактическим учреждением с использованием электронных
носителей информации, по каналам связи и (или) документов на
бумажных носителях, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от
несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об
этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться
лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

В процессе оказания Оператором Мне (моему сыну, дочери в возрасте до 15 лет, моему подопечному) _____ (нужное подчеркнуть) медицинской помощи Я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения (обследования и лечения моего сына, дочери в возрасте до 15 лет/моего подопечного) (нужное подчеркнуть).

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие, действующее бессрочно, 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.

Подпись _____ / _____ /
Дата: " ____ " _____ 20 __ г. (Ф.И.О.)

Оператор:

Подпись _____ / _____ /
Дата: " ____ " _____ 20 __ г. (Ф.И.О.)