Главному врачу КУЗОО «ДЛТС»

В.И. Леляк

**Информационное добровольное согласие законного представителя на обработку персональных данных несовершеннолетнего в казенном учреждении здравоохранения Омской области «Детский легочно-туберкулезный санаторий» (КУЗОО «ДЛТС»)**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО полностью, степень родства (мать, отец, бабушка, опекун и т. д.),

проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(место регистрации, контактный телефон)

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

Паспорт серия\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата выдачи)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**являюсь законным представителем** (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО ребенка, год рождения)

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006г № 152-ФЗ « О персональных данных»; ст. 64 п. 1 Семейного кодекса РФ; ст. 20 Федеральный закон РФ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21 ноября 2011года № 323-ФЗ,Приказа Минздрава России от 20.12.2012 № 1177н); **подтверждаю** свое согласие на обработку **в Казенном учреждении здравоохранения Омской области «Детский легочно-туберкулезный санаторий» (**КУЗОО «ДЛТС»)-(далее- Оператор), персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, включающих: **фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения,** **данные свидетельства о рождении, адрес проживания и регистрации, контактный номер телефона,** реквизиты моего паспорта (документа удостоверения личности), **реквизиты полиса ОМС,** **данные медицинской карты (Ф. 63); данные о состоянии моего и его здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью**, 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 медицинскую тайну.

**Я ознакомлен** (на) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном санатории и обязуюсь их соблюдать; Я **добровольно даю** согласие на проведение моему ребенку (ФИО ребенка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в соответствии с назначением врача диагностических исследований и назначений.

Я **добровольно даю** согласие на использование персональных данных моего ребенка исключительно в следующих целях:

- обеспечение организации оздоровительного и лечебного процесса для ребенка; ведение статистики.

Я **предоставляю** Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными ребенка, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. В процессе оказания Оператором медицинской помощи ребенку я **предоставляю** право медицинским работникам передавать его персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах его (ребенка) обследования и лечения.

Оператор вправе обрабатывать персональные данные моего ребенка посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и в состав данных учетно-отчетной медицинской документации, предусмотренной документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС, а также договором на оказание медицинского осмотра и консультативной медицинской помощи по программе ДМС между Оператором и Бюджетным Учреждением **здравоохранения Омской области «Областная Детская Клиническая больница» (**БУЗОО «ОДКБ»); **Казенным Учреждением здравоохранения Омской области** «Клинический противотуберкулезный диспансер», далее именуемое КУЗОО "КПТД", другие ЛПУ г. Омска (по показаниям при остром заболевании). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договорам с вышеуказанными учреждениями на обмен (прием и передачу) персональных данных моего ребенка 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 будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Срок хранения персональных данных ребенка соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет (для стационара).

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

Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных в КУЗОО «ДЛТС» или до отзыва данного Согласия.

Данное Согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных моего ребенка, Оператор обязан:

а) прекратить их обработку;

б) по истечении указанного выше срока хранения персональных данных моего ребенка (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все мои и моего ребенка персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Я **подтверждаю**, что, давая настоящее согласие, я действую по своей воле и в интересах ребенка, законным представителем которого являюсь.

**Я разрешаю**/не разрешаю (ненужное зачеркнуть) предоставлять информацию о диагнозе, состоянии здоровья моего ребенка моим родственникам, законным представителям, следующим лицам(**КОМУ)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Подпись

Дата: « »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. законного представителя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО,должность) Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медсестра\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО,должность) Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Примечание:** Для родителей: в соответствии со ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» ФЗ РФ от 21 ноября 2011года № 323-ФЗ, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет. Для усыновителей- «ст. 64 п. 1, 137 п. 1 Семейного Кодекса РФ», опекунов – «ст 15 п. 2 Федерального закона «Об опеке и попечительстве», попечителей- «ст 15 п. 3. Федерального закона «Об опеке и попечительстве».

Главному врачу КУЗОО «ДЛТС»

В.И. Леляк.

**Информированное добровольное согласие законного представителя на медицинское вмешательство несовершеннолетнему в казенном учреждении здравоохранения Омской области «Детский легочно-туберкулезный санаторий» (КУЗОО «ДЛТС»). (Основание:** Федеральный закон РФ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21 ноября 2011года № 323-ФЗ,Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1177н; ФЗ от 27.07.2006г № 152-ФЗ « О персональных данных»):

**Я,** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (**ФИО)**,

Год рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,проживающий по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являюсь законным представителем (мать, отец,  усыновитель,  опекун,  попечитель) несовершеннолетнего ребенка  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО) год рождения.

**поставлен   (**поставлена)   в   известность,   что     (представляемый) будет находиться на санаторном лечении в детском легочно-туберкулезном санатории.

**Я ознакомлен** (-а) с основными принципами лечения туберкулеза и информирована о необходимости длительного и непрерывного превентивного лечения комплекса противотуберкулезных препаратов, разрешенных к применению в России и назначенных лечащим врачом моему ребенку.

- Мне согласно моей воли **даны полные** и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях здоровья представляемого;

- **Я ознакомлен** (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении (санатории) и обязуюсь их соблюдать;

- **Добровольно даю свое согласие** на проведение моему ребенку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, анализа мочи общего, электрокардиографии, при необходимости проведения рентгеновских, ультразвуковых и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, при необходимости инъекций, внутривенных вливаний, туберкулинодиагностики, физиотерапевтических процедур, лечения у стоматолога(удаление зубов при необходимости, лечение кариеса, периодонтита и пр. с применением анестезии). Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

- **Я информирован** (информирована) о целях, характере и возможных неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит (представляемому) делать во время их проведения;

- **Я извещен** (извещена) о том, что (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения;

- **Я предупрежден** (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья моего ребенка;

**- Я поставил** (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных (представляемым) и известных мне его травмах, операциях, заболеваниях, об экологических факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

**- Я согласен** (согласна) на осмотр (представляемого) другими медицинскими работниками ЛПУ исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

**- Я ознакомлен** (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение (представляемого) в предложенном объеме; - **Разрешаю,** в случае необходимости, предоставить информацию о диагнозе, степени и характере заболевания (представляемого) моим родственникам, законным представителям, гражданам: КОМУ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

- **Разрешаю посещение** в лечебном учреждении представляемого ребенка следующим гражданам(**КОМУ**):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года. **Подпись законного**

**представителя** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О.)

Медсестра\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность, Ф.И.О.)

**ПРИМЕЧАНИЕ: (**Для родителей: в соответствии со ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» ФЗ РФ от 21 ноября 2011года № 323-ФЗ, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет. Для усыновителей- «ст. 64 п. 1, 137 п. 1 Семейного Кодекса РФ», опекунов – «ст 15 п. 2 Федерального закона «Об опеке и попечительстве», попечителей- «ст 15 п. 3. Федерального закона «Об опеке и попечительстве»). Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача/начальника МСЧ, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача и законных представителей.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача/начальника МСЧ в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача

 Дополнительная информация:

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

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

 "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_20\_ года. Подпись законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Расписался в моем присутствии:

 Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                  (Должность, И.О. Фамилия)

 Консилиум врачей в составе:

 Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года