

СОГЛАСИЕ
субъекта персональных данных на передачу врачебной тайны третьим лицам
(страховой организации)
(ФОРМА)

Я, _____
(Фамили Имя Отчество)

дата рождения _____ паспорт серия _____ № _____

выданный _____
(дата, кем и когда)

проживающий(ая) по адресу: _____

страховой полис номер _____, срок действия полиса _____

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие государственному автономному учреждению здравоохранения Тюменской области «Областной офтальмологический диспансер» (далее – ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер»), адрес места нахождения: 625048, Тюменская область, г. Тюмень, ул. Холодильная, 118, к.1

на передачу (предоставление) _____,
(наименование страховой организации)

следующих моих персональных данных, содержащих врачебную тайну: медицинская информация из моей амбулаторной/стационарной карты о факте моего обращения за медицинской помощью (включая информацию в реестрах на оплату счетов за оказанные медицинские услуги), копия амбулаторной /стационарной карты, диагноз,

в целях проведения медицинской экспертизы качества и объема предоставленных к оплате медицинских услуг, полученных в ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер» согласно страховому полису, по программе дополнительного медицинского страхования, координации текущего процесса оказания медицинской помощи.

Настоящее согласие вступает в силу со дня его подписания.

Настоящее согласие действует в течение всего срока действия страхового полиса и 5 лет после его окончания, либо до получения ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер» В ПИСЬМЕННОЙ форме отзыва согласия на передачу персональных данных.

Подтверждаю, что права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

Я подтверждаю, что, давая настоящее согласие, я действую по своей воле и в своих интересах.

(дата) (подпись) (фамилия, инициалы)

(Данная подпись необходима только в случае, если пациент не дееспособен и не в состоянии подписать данную форму)

СОГЛАСИЕ
родителя (законного представителя) на передачу врачебной тайны несовершеннолетнего
(недееспособного) третьим лицам (страховой организации)
(ФОРМА)

Я, _____,
(Ф.И.О. родителя/законного представителя полностью)
паспорт серия _____ № _____, выданный _____

(кем и когда)
проживающий(ая) по адресу: _____
_____ являюсь законным представителем несовершеннолетнего (недееспособного) _____

(ФИО несовершеннолетнего/недееспособного)

(документ, удостоверяющий личность несовершеннолетнего/недееспособного)

(в случае опекуна указать реквизиты документа, на основании которого осуществляется опека или попечительство)
приходящегося мне _____, дата рождения « ____ » _____ г.,
зарегистрированного по адресу: _____

страховой полис номер _____, срок действия полиса _____

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие государственному автономному учреждению здравоохранения Тюменской области «Областной офтальмологический диспансер» (далее – ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер»), адрес места нахождения: 625048, Тюменская область, г. Тюмень, ул. Холодильная, 118, к.1,

на передачу (предоставление) _____,
(наименование страховой организации)

следующих персональных данных несовершеннолетнего (недееспособного), содержащих врачебную тайну: медицинская информация из амбулаторной/стационарной карты несовершеннолетнего (недееспособного) о факте обращения за медицинской помощью (включая информацию в реестрах на оплату счетов за оказанные медицинские услуги), копия амбулаторной /стационарной карты, диагноз,

в целях проведения медицинской экспертизы качества и объема предоставленных к оплате медицинских услуг, полученных несовершеннолетним (недееспособным) в ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер» согласно страховому полису, по программе дополнительного медицинского страхования, координации текущего процесса оказания медицинской помощи.

Настоящее согласие вступает в силу со дня его подписания.

Настоящее согласие действует в течение всего срока действия страхового полиса и 5 лет после его окончания, либо до получения ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер» в письменной форме отзыва согласия на передачу персональных данных несовершеннолетнего (недееспособного).

Подтверждаю, что права и обязанности в области защиты персональных данных несовершеннолетнего (недееспособного) мне разъяснены.

Я подтверждаю, что, давая настоящее согласие, я действую по своей воле и в интересах несовершеннолетнего (недееспособного).

(дата)

(подпись)

(фамилия, инициалы)

