**Информированное добровольное согласие**

**на проведение телемедицинской врачебной консультации, дистанционный мониторинг здоровья** «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия\_\_\_\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(вид основного документа, удостоверяющего личность)

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

(кем и когда)

Проживающий(ая) по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

В лице представителя субъекта персональных данных (заполняется в случае получения согласия на

представление субъекта персональных данных)

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

(Фамилия, Имя, Отчество полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

вид основного документа, удостоверяющего личность

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

(кем и когда)

Проживающий(ая) по адресу

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

Действующий от имени субъекта персональных данных на основании

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

(реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя)

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона "О персональных данных" от

27.07.2006 г. 152-ФЗ, и статьи 20 федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в

Российской Федерации» от 21.11.2011 г. 323-ФЗ, подтверждаю и даю добровольное согласие на

проведение телемедицинской врачебной консультации/дистанционный мониторинг моего здоровья,

передачу персональных данных в электронном виде по закрытым и открытым каналам связи сети Интернет и их обработку Государственным бюджетным учреждением здравоохранения Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница»

(ГБУЗ РМ «МРЦКБ») (адрес: г. Саранск, Ул. Победы д14/5) (далее — Учреждение), а также обработку данных о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях и в целях оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и обязанными сохранять врачебную тайну.

Я получил(а) полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные

мной вопросы об условиях, целях и задачах проведения телемедицинской консультации.

Предоставляю Учреждению право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Учреждение вправе

обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных,

включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации.

Я понимаю необходимость проведения телемедицинской консультации/ дистанционного

мониторинга моего здоровья, осознаю риск, связанный с возможной утечкой информации.

Я осознаю, что полученные в результате телемедицинской консультации заключения будут

иметь рекомендательный характер, и что дальнейшее ведение моей болезни будет осуществляться по решению моего лечащего врача на очной консультации/приеме.

Не возражаю против передачи данных о моей болезни, записи телемедицинской консультации на

электронные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в

медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Настоящее согласие действует бессрочно.

Настоящий документ

оформлен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_лечащий

врач, заведующий отделением медицинской организации, другой специалист,

принимающий непосредственное участие в обследовании и лечении по результатам предварительного

информирования

пациента (законного представителя) о состоянии его здоровья (здоровья представляемого).

«\_\_»\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г. /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

Если пациент по каким-либо причинам не может собственноручно подписать данный документ,

настоящий документ заверяется двумя подписями (с расшифровкой) медицинских сотрудников

медицинской организации.

«\_\_»\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г. /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

«\_\_»\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г. /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)