

Утверждено приказом  
главного врача ГАУЗ «НЦРМБ»  
от «06» 04 2018г. №102

**ПОЛОЖЕНИЕ**  
**об охране врачебной тайны и персональных данных пациентов**  
**в ГАУЗ «НЦРМБ»**

**1. Общие положения**

1.1. Целью настоящего Положения является обеспечение защиты прав и свобод человека и гражданина при обработке его персональных данных, в том числе защиты прав на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну и недопущения разглашения сведений конфиденциального характера, отнесенных к врачебной тайне.

1.2. Настоящее Положение определяет порядок работы (получения, обработки, использования, уточнения, защиты, распространения, уничтожения и т.д.) персональных данных пациентов, в том числе составляющих врачебную тайну.

1.3. Настоящее Положение разработано в соответствии с Конституцией Российской Федерации, Трудовым Кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных», Федеральным законом от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 29.11.2010г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральным законом от 27.07.2006 №149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации», Постановлением Правительства РФ от 15.09.2008г. №687 «Об утверждении Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без средств автоматизации», а также другими нормативно-правовыми актами, действующими на территории Российской Федерации.

1.4. Настоящее Положение обязательно для всех работников ГАУЗ «НЦРМБ», получающих доступ к персональным данным Пациентов, в том числе составляющим врачебную тайну.

1.5. Основные понятия, используемые в настоящем Положении:

**Пациент (субъект персональных данных)** – физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь в ГАУЗ «НЦРМБ» или которое обратилось в ГАУЗ «НЦРМБ» за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.

**Врачебная тайна** - сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении.

**Персональные данные** - любая информация, относящаяся к прямо или косвенно определенному или определяемому физическому лицу (субъекту персональных данных).

**Обработка персональных данных и данных, содержащих врачебную тайну** - любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

**Конфиденциальность персональных данных и данных, содержащих врачебную тайну** - обязательное для соблюдения работниками ГАУЗ «НЦРМБ», получившим доступ к персональным данным Пациента, требование не раскрывать третьим лицам и не распространять персональные данные без согласия субъекта персональных данных, если иное

не предусмотрено федеральным законом и настоящим Положением.

**Общедоступные персональные данные** - персональные данные, доступ неограниченного круга лиц к которым предоставлен с согласия субъекта персональных данных или на которые в соответствии с федеральными законами не распространяется требование соблюдения конфиденциальности.

**Обезличивание персональных данных** - действия, в результате которых становится невозможным без использования дополнительной информации определить принадлежность персональных данных конкретному субъекту персональных данных.

**Работники** – физические лица, состоящие в трудовых и иных гражданско-правовых отношениях с ГАУЗ «НЦРМБ».

**Законный представитель пациента** - лицо, совершающее определенные действия (создающее, изменяющее и прекращающее права и обязанности) от имени пациента в силу полномочия, основанного на указании закона либо акте уполномоченного на то государственного органа или органа местного самоуправления.

Права законного представителя несовершеннолетнего (родителя) подтверждаются паспортом родителя и свидетельством о рождении ребенка, права усыновителя – свидетельством об усыновлении, права опекунов и попечителей – документом, выданным им уполномоченным государственным органом или органом местного самоуправления.

**Доверенное лицо пациента** – лицо, представляющее интересы пациента на основании доверенности с обязательным удостоверением личности пациента или его законного представителя в присутствии уполномоченного лица ГАУЗ «НЦРМБ» (Приложение №8 к настоящему Положению) или оформленной нотариально.

1.6. Обработка документов и информации, содержащих врачебную тайну, осуществляется с соблюдением законов и иных нормативных правовых актов.

## **2. Создание, обработка и хранение информации, содержащей врачебную тайну и персональные данные пациента**

2.1. Документы, содержащие врачебную тайну, создаются путём:

а) внесения сведений в медицинские и иные формы (на бумажных и электронных носителях);

б) получения оригиналов и документов, а также выписок из них;

в) копирования оригиналов.

2.2. Обработка персональных данных пациента, содержащие врачебную тайну – любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

2.3. Обработка персональных данных пациентов осуществляется исключительно в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

2.4. Персональные данные пациентов возможно получать у него самого либо уполномоченного Оператора (страховые медицинские организации, фонд обязательного медицинского страхования, пенсионный фонд, иные медицинские организации и пр.).

2.5. Сведения, содержащие персональные данные пациентов, содержатся на электронных и бумажных носителях информации, доступ к которым разрешён лицам, непосредственно использующих персональные данные пациентов в служебных целях.

2.6. Обработка и хранение сведений, составляющих врачебную тайну, осуществляется в таком порядке и таким способом, в которых исключается возможность доступа к ней неуполномоченных лиц.

2.7. Все документы, содержащие врачебную тайну, должны храниться в режиме конфиденциальности и быть доступными только тем лицам, которым доступны такие

сведениям в силу исполнения ими своих должностных обязанностей.

2.8. Медицинские карты амбулаторных больных, медицинские карты стационарных больных Пациентов, содержащие врачебную тайну, сохраняются в режиме конфиденциальности.

2.9. Хранение сведений, составляющих врачебную тайну, осуществляется в порядке, исключающем их утрату, неправомерное использование или получение доступа неуполномоченными лицами.

2.10. В рабочее время документы, содержащие врачебную тайну, размещаются работниками таким образом, чтобы отсутствовала возможность их просмотра посторонними лицами.

2.11. Не допускается передача и выдача документов, содержащих врачебную тайну, неуполномоченным лицам.

2.12. Лица, осуществляющие обработку и хранение документов, содержащих персональные данные, как на бумажных носителях, так и в информационных системах, обеспечивают их сохранность.

2.13. Ответственными лицами за обработку, перемещением, передачу между структурными подразделениями ГАУЗ «НЦРМБ» и третьим лицам персональных данных Пациентов являются руководители структурных подразделений ГАУЗ «НЦРМБ».

### **3. Порядок разглашения сведений, составляющих врачебную тайну**

3.1. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, указанных в п. 3.3 настоящего Положения.

3.2. С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях, доверенным лицам.

3.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

1) в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю (если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет гражданину выразить свою волю или отсутствуют законные представители);

2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

3) по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органов прокуратуры в связи с осуществлением ими прокурорского надзора, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно;

4) в целях осуществления уполномоченными федеральными органами исполнительной власти контроля за исполнением лицами, признанными больными наркоманией либо потребляющими наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо новые потенциально опасные психоактивные вещества, возложенной на них при назначении административного наказания судом обязанности пройти лечение от наркомании, диагностику, профилактические мероприятия и (или) медицинскую реабилитацию;

5) в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему больному наркоманией, при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими возраста 18 лет), а также при оказании

медицинской помощи несовершеннолетнему, не достигшему возраста 15 лет (для несовершеннолетних, больных наркоманией, - возраста 16 лет), для информирования одного из его родителей или иного законного представителя;

б) в целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий;

7) в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летных) комиссий федеральных органов исполнительной власти и федеральных государственных органов, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба;

8) в целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, а также несчастного случая с обучающимся во время пребывания в организации, осуществляющей образовательную деятельность, и несчастного случая с лицом, проходящим спортивную подготовку и не состоящим в трудовых отношениях с физкультурно-спортивной организацией, не осуществляющей спортивной подготовки и являющейся заказчиком услуг по спортивной подготовке, во время прохождения таким лицом спортивной подготовки в организации, осуществляющей спортивную подготовку, в том числе во время его участия в спортивных соревнованиях, предусмотренных реализуемыми программами спортивной подготовки;

9) при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных;

10) в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного социального страхования;

11) в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с действующим законодательством.

3.4. Процедура оформления работников на допуск к врачебной тайне предусматривает принятие ими персональных обязательств о неразглашении сведений, составляющих врачебную тайну (по форме приложения №1 к настоящему Положению).

Работники ГАУЗ «НЦРМБ», получившие доступ к врачебной тайне, обязаны обеспечивать конфиденциальность таких сведений.

3.5. Обеспечивая конфиденциальность, работник обязан:

1) знать и соблюдать требования настоящего Положения по получению, обработке, передаче, хранению, получению сведений, составляющих врачебную тайну и персональные данные Пациентов, предусмотренные нормативными правовыми актами, коллективным договором, соглашениями, должностной инструкцией, локальными нормативными актами ГАУЗ «НЦРМБ» и трудовым договором;

2) принимать меры по установлению и сохранению режима конфиденциальности, предусмотренные нормативными правовыми актами, коллективным договором, соглашениями, должностной инструкцией, локальными нормативными актами ГАУЗ «НЦРМБ», трудовым договором, настоящим Положением;

3) не использовать без согласия Пациента его персональные данные, кроме случаев, указанных в пункте 3.3 настоящего Положения;

4) не разглашать сведения, составляющие врачебную тайну пациентов, а также не совершать иных деяний, влекущих уничтожение или утрату таких сведений (их материальных носителей).

5) незамедлительно сообщать об утрате или несанкционированном уничтожении сведений, составляющих врачебную тайну, своему непосредственному руководителю, а также об иных обстоятельствах, создающих угрозу сохранения конфиденциальности таких сведений (в том числе о попытках неправомерного доступа к информации со стороны неуполномоченных лиц).

б) при прекращении трудовых отношений с ГАУЗ «НЦРМБ» работник обязан сдать все материальные носители сведений, содержащих врачебную тайну, а также ключи от помещений и шкафов, в которых они хранятся.

7) не допускать использование врачебной тайны за пределами рабочего времени и (или) в целях, не связанных с осуществлением своих трудовых обязанностей в ГАУЗ «НЦРМБ», а также после прекращения трудовых отношений с ГАУЗ «НЦРМБ».

#### **4. Порядок оформления согласия Пациента на обработку персональных данных**

4.1. При обращении Пациента за медицинской помощью в ГАУЗ «НЦРМБ» должно быть оформлено письменное согласие Пациента на обработку персональных данных (по форме согласно приложению №2 к настоящему Положению). Равнозначным содержащему собственноручную подпись субъекта персональных данных согласию в письменной форме на бумажном носителе признается согласие в форме электронного документа, подписанного в соответствии с федеральным законом электронной подписью.

4.1.1. При оказании амбулаторно-поликлинической помощи согласие на обработку персональных данных оформляется однократно и подшивается для хранения в медицинскую карту амбулаторного больного.

В случае если медицинская карта амбулаторного больного оформляется вновь или повторно (например, в случае утери), согласие Пациента на обработку персональных данных также оформляется повторно и подшивается на хранение в новую медицинскую карту амбулаторного больного.

4.1.2. При поступлении (обращении) Пациента в стационар ГАУЗ «НЦРМБ» согласие Пациента на обработку персональных данных оформляется в приемном отделении.

В случае отказа от госпитализации, при отсутствии показаний к госпитализации (отказ в госпитализации), оформленное согласие Пациента хранится в приемном отделении.

4.1.3. В случае госпитализации Пациента в стационар ГАУЗ «НЦРМБ», согласие Пациента на обработку персональных данных подшивается для хранения в медицинскую карту стационарного больного.

4.1.4. В случае недееспособности Пациента, согласие на обработку персональных данных дает в письменной форме законный представитель Пациента (по форме согласно приложению №3 к настоящему Положению для законного представителя недееспособного гражданина, по форме согласно приложению №4 к настоящему Положению для законного представителя несовершеннолетнего ребенка).

4.2. Персональные данные могут быть получены работником ГАУЗ «НЦРМБ» от лица, не являющегося субъектом персональных данных, при этом в медицинскую документацию вносится соответствующая отметка, с чьих слов внесены такие данные («со слов \_\_\_\_\_»).

#### **5. Право пациента на получение информации, содержащей врачебную тайну**

5.1. Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в ГАУЗ «НЦРМБ» информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

5.2. Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении. В отношении несовершеннолетних лиц в возрасте старше пятнадцати лет или несовершеннолетних лиц больных наркоманией в возрасте старше шестнадцати лет, а также граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, информация о состоянии здоровья предоставляется их законным представителям.

5.3. Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация.

5.4. Пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, в порядке,

установленном приказом Минздрава России от 29.06.2016 N 425н "Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента".

5.5. Пациент либо его законный представитель имеет право по запросу, направленному, в том числе в электронной форме, получать отражающие состояние здоровья пациента медицинские документы (их копии) и выписки из них (форма заявления согласно приложению №5 к настоящему Положению для граждан, форма заявления согласно приложению №6 к настоящему Положению для законного представителя, форма заявления согласно приложению №7 к настоящему Положению для доверенного лица), в том числе в форме электронных документов. Порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

5.6. В случае необходимости оказания медицинской помощи для выдачи справки, медицинского заключения в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования справки и медицинские заключения выдаются пациентам при предъявлении полиса обязательного медицинского страхования.

5.7. Справки выдаются лечащим врачом или другими врачами-специалистами, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении пациента, на основании записей в медицинской документации пациента либо по результатам медицинского обследования в случаях, если проведение такого обследования необходимо.

5.8. Справки могут содержать следующие сведения:

- а) о факте обращения пациента за медицинской помощью;
- б) об оказании пациенту медицинской помощи в медицинской организации;
- в) о факте прохождения пациентом медицинского освидетельствования, медицинских осмотров, медицинского обследования и (или) лечения;
- г) о наличии (отсутствии) у пациента заболевания, результатах медицинского обследования и (или) лечения;
- д) об освобождении от посещения образовательных и иных организаций, осуществления отдельных видов деятельности, учебы в связи с заболеванием, состоянием;
- е) о наличии (отсутствии) медицинских показаний или медицинских противопоказаний для применения методов медицинского обследования и (или) лечения, санаторно-курортного лечения, посещения образовательных и иных организаций, осуществления отдельных видов деятельности, учебы;
- ж) о проведенных пациенту профилактических прививках;
- з) о наличии (отсутствии) контакта с больными инфекционными заболеваниями;
- и) об освобождении донора от работы в день сдачи крови и ее компонентов, а также в день связанного с этим медицинского обследования;
- к) иные сведения, имеющие отношение к состоянию здоровья пациента и оказанию гражданину медицинской помощи в медицинской организации.

5.9. Медицинские заключения выдаются пациентам по результатам проведенных медицинских освидетельствований, медицинских осмотров, диспансеризации, решений, принятых врачебной комиссией, а также в иных случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается наличие медицинского заключения.

5.10. Медицинские заключения выдаются на основании медицинского обследования пациента, в том числе комиссионного, и содержат комплексную оценку состояния здоровья пациента, включая:

- а) описание проведенного обследования и (или) лечения, их результатов;
- б) оценку обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов;
- в) обоснованные выводы:
  - о наличии (отсутствии) у пациента заболевания (состояния), факторов риска развития заболеваний;
  - о наличии медицинских показаний или медицинских противопоказаний для применения методов медицинского обследования и (или) лечения, санаторно-курортного лечения, осуществления отдельных видов деятельности, учебы;
  - о соответствии состояния здоровья работника поручаемой ему работе, соответствия учащегося требованиям к обучению;

о причине смерти и диагнозе заболевания, в том числе по результатам патологоанатомического вскрытия;

г) иные сведения, касающиеся состояния здоровья пациента и оказания ему медицинской помощи.

5.11. Медицинские заключения должны быть выданы в срок, не превышающий 3 (трех) рабочих дней после окончания медицинских мероприятий, указанных в пункте 5.9 настоящего Положения, за исключением медицинского заключения о причине смерти и диагнозе заболевания, которое должно быть выдано в день обращения лица, указанного в пункте 6.1 настоящего Положения.

5.12. Субъект персональных данных имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных, в том числе содержащей:

- 1) подтверждение факта обработки персональных данных ГАУЗ «НЦРМБ»;
- 2) правовые основания и цели обработки персональных данных;
- 3) цели и применяемые ГАУЗ «НЦРМБ» способы обработки персональных данных;
- 4) наименование и место нахождения ГАУЗ «НЦРМБ», сведения о лицах (за исключением работников ГАУЗ «НЦРМБ»), которые имеют доступ к персональным данным или которым могут быть раскрыты персональные данные на основании договора с ГАУЗ «НЦРМБ» или на основании федерального закона;
- 5) обрабатываемые персональные данные, относящиеся к соответствующему субъекту персональных данных, источник их получения, если иной порядок представления таких данных не предусмотрен федеральным законом;
- 6) сроки обработки персональных данных, в том числе сроки их хранения;
- 7) порядок осуществления своих прав субъектом персональных данных;
- 8) информацию об осуществленной или о предполагаемой трансграничной передаче данных;
- 9) наименование или фамилию, имя, отчество и адрес лица, осуществляющего обработку персональных данных по поручению ГАУЗ «НЦРМБ», если обработка поручена или будет поручена такому лицу;
- 10) иные сведения, предусмотренные федеральными законами.

## **6. Порядок предоставления информации, содержащей врачебную тайну, после смерти пациента**

6.1. Медицинское заключение о причине смерти и диагнозе заболевания может быть выдано супругу, близкому родственнику (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, бабушке, дедушке), а при их отсутствии иным родственникам либо законному представителю умершего, правоохранительным органам, органу, осуществляющему государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности, и органу, осуществляющему контроль качества и условий предоставления медицинской помощи, по их требованию.

О выдаче заключения в медицинской документации делается соответствующая отметка, при этом получение удостоверяется подписью получившего (с расшифровкой).

## **7. Персонифицированный учет при осуществлении медицинской деятельности**

7.1. При осуществлении медицинской деятельности ведется учет персональных данных лиц, участвующих в осуществлении медицинской деятельности, лиц, которым оказывается медицинская помощь, а также лиц, в отношении которых проводятся медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования (далее - персонифицированный учет).

7.2. В целях осуществления персонифицированного учета операторы информационных систем в сфере здравоохранения, получают информацию от органов и организации государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения и иных организаций в рамках информационного взаимодействия в соответствии с федеральным законодательством.

7.3. Порядок ведения персонифицированного учета определяется уполномоченным

федеральным органом исполнительной власти.

7.4. При ведении персонифицированного учета должны обеспечиваться конфиденциальность персональных данных лиц, которые участвуют в осуществлении медицинской деятельности, лиц, которым оказывается медицинская помощь, а также лиц, в отношении которых проводятся медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования, и безопасность указанных персональных данных с соблюдением требований, установленных законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

7.5. В системе персонифицированного учета осуществляется обработка следующих персональных данных о лицах, которым оказывается медицинская помощь, а также о лицах, в отношении которых проводятся медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования:

- 1) фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии);
  - 2) пол;
  - 3) дата рождения;
  - 4) место рождения;
  - 5) гражданство;
  - 6) данные документа, удостоверяющего личность;
  - 7) место жительства;
  - 8) место регистрации;
  - 9) дата регистрации;
  - 10) страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования;
  - 11) номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии);
  - 12) анамнез;
  - 13) диагноз;
  - 14) сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность;
  - 15) вид оказанной медицинской помощи;
  - 16) условия оказания медицинской помощи;
  - 17) сроки оказания медицинской помощи;
  - 18) объем оказанной медицинской помощи, включая сведения об оказанных медицинских услугах;
  - 19) результат обращения за медицинской помощью;
  - 20) серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии);
  - 21) сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты;
  - 22) примененные стандарты медицинской помощи;
  - 23) сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую помощь, проводивших медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования.
- 7.6. Ответственные лица за защиту и обработку персональных данных назначаются приказом ГАУЗ «НЦРМБ».

## **8. Защита информации, содержащей врачебную тайну**

8.1. Защита информации, содержащей врачебную тайну, в ГАУЗ «НЦРМБ» организуется посредством принятия правовых, организационных и технических мер, направленных на:

- 1) обеспечение защиты информации от неправомерного доступа, уничтожения, модифицирования, блокирования, копирования, предоставления, распространения, а также от иных неправомерных действий в отношении такой информации;
- 2) соблюдение конфиденциальности информации ограниченного доступа;
- 3) реализацию права на доступ к информации.

8.2. ГАУЗ «НЦРМБ» обеспечивает:

- 1) предотвращение несанкционированного доступа к информации и (или) передачи ее

лицам, не имеющим права на доступ к информации, в том числе использование паролей, применение режима ограниченного допуска и пр.:

- 2) своевременное обнаружение фактов несанкционированного доступа к информации;
- 3) предупреждение возможности неблагоприятных последствий нарушения порядка доступа к информации;
- 4) недопущение воздействия на технические средства обработки информации, в результате которого нарушается их функционирование;
- 5) возможность незамедлительного восстановления информации, модифицированной или уничтоженной вследствие несанкционированного доступа к ней;
- 6) постоянный контроль за обеспечением уровня защищенности информации.

## **9. Ответственность за нарушение порядка работы с информацией, содержащей врачебную тайну и персональные данные пациента**

9.1. За нарушение нормативно-правовых актов, регламентирующих правоотношения связанные с врачебной тайной и персональными данными пациентов, а также настоящего Положения виновные лица несут дисциплинарную, административную, гражданско-правовую или уголовную ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

9.2. Лица, права и законные интересы которых были нарушены в связи с разглашением информации ограниченного доступа или иным неправомерным использованием такой информации, вправе обратиться в установленном порядке за судебной защитой своих прав, в том числе с исками о возмещении убытков, компенсации морального вреда, защите чести, достоинства и деловой репутации. Требование о возмещении убытков не может быть удовлетворено в случае предъявления его лицом, не принимавшим мер по соблюдению конфиденциальности информации или нарушившим установленные законодательством Российской Федерации требования о защите информации, если принятие этих мер и соблюдение таких требований являлись обязанностями данного лица.

Государственное автономное учреждение здравоохранения  
«Нижекамская центральная районная многопрофильная больница»

---

**Обязательство  
о неразглашении сведений, составляющих врачебную тайну  
и персональные данные пациентов**

Я, \_\_\_\_\_,  
паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,  
в качестве работника ГАУЗ «НЦРМБ» в период трудовых отношений с ГАУЗ «НЦРМБ» и после их окончания  
обязуюсь:

-знать и соблюдать требования Положения «Об охране врачебной тайны и персональных данных пациентов в ГАУЗ «НЦРМБ»» по получению, обработке, передаче, хранению, получению сведений, составляющих врачебную тайну и персональные данные пациентов, предусмотренные нормативными правовыми актами, коллективным договором, соглашениями, должностной инструкцией, локальными нормативными актами ГАУЗ «НЦРМБ» и трудовым договором;

-принимать меры по установлению и сохранению режима конфиденциальности, предусмотренные нормативными правовыми актами, коллективным договором, соглашениями, должностной инструкцией, локальными нормативными актами ГАУЗ «НЦРМБ», трудовым договором, Положением «Об охране врачебной тайны и персональных данных пациентов в ГАУЗ «НЦРМБ»»;

-не использовать без согласия пациента его персональные данные;

-не разглашать сведения, составляющие врачебную тайну пациентов, а также не совершать иных деяний, влекущих уничтожение или утрату таких сведений (их материальных носителей);

-незамедлительно сообщать об утрате или несанкционированном уничтожении сведений, составляющих врачебную тайну и персональные данные пациентов, своему непосредственному руководителю, а также об иных обстоятельствах, создающих угрозу сохранения конфиденциальности таких сведений (в том числе о попытках неправомерного доступа к информации со стороны неуполномоченных лиц);

-при прекращении трудовых отношений с ГАУЗ «НЦРМБ» сдать все материальные носители сведений, содержащих врачебную тайну, а также ключи от помещений и шкафов, в которых они хранятся;

-не допускать использование врачебной тайны и персональных данных пациентов за пределами рабочего времени и (или) в целях, не связанных с осуществлением своих трудовых обязанностей в ГАУЗ «НЦРМБ», а также после прекращения трудовых отношений с ГАУЗ «НЦРМБ».

До моего сведения доведено с разъяснениями Положение «Об охране врачебной тайны и персональных данных пациентов в ГАУЗ «НЦРМБ»».

Мне известно, что нарушение этих положений может повлечь уголовную, административную, гражданско-правовую или иную ответственность в соответствии с законодательством РФ, в виде лишения свободы, денежного штрафа, обязанности по возмещению ущерба ГАУЗ «НЦРМБ» (убытков, упущенной выгоды и морального ущерба) и других наказаний.

\_\_\_\_\_  
наименование должности

\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
расшифровка подписи

\_\_\_\_\_  
дата

**СОГЛАСИЕ**  
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся

\_\_\_\_\_ (ФИО), проживающий по адресу \_\_\_\_\_  
(по месту регистрации),  
паспорт \_\_\_\_\_ (серия и номер), выдан \_\_\_\_\_ (дата)  
(название выдавшего органа) подтверждаю

свое согласие на обработку с использованием средств автоматизации или без использования таких средств государственным автономным учреждением здравоохранения «Нижнекамская центральная районная многопрофильная больница», адрес: Республика Татарстан, город Нижнекамск, ул.Ахтубинская, 9 (далее по тексту - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество; год, месяц, дата, место рождения; адрес и место жительства; пол; паспортные данные; данные страхового полиса ОМС, ДМС; ИНН, номер телефона, сведения о членах семьи; семейное, социальное положение; образование; профессия, должность, место работы; мое изображение (фотографию); факт обращения за медицинской помощью; состояние здоровья; диагноз заболевания, иные сведения, полученные при обследовании и лечении, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг (в том числе платных медицинских услуг), обработку специальных категорий персональных данных, о полученных платных медицинских услугах. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи (в том числе платной медицинской помощи) я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор 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, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС, ДМС между Оператором и страховой медицинской организацией.

Оператор имеет право при исполнении своих обязательств (в том числе связанных с оказанием платных медицинских услуг) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией, Министерством здравоохранения, Фондом социального страхования, Фондом обязательного медицинского страхования, (в том числе ТФОМС), органом статистической отчетности, а также иными органами и организациями в случаях, предусмотренных нормативно-правовыми актами (в том числе для осуществления проверки соблюдения законодательства об обязательном медицинском страховании), 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.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных Федеральными законами.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ (дата) 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.

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

а) прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи;

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

Субъект персональных данных: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся

\_\_\_\_\_ (ФИО), проживающий по адресу \_\_\_\_\_  
(по месту регистрации),  
паспорт \_\_\_\_\_ (серия и номер), выдан \_\_\_\_\_ (дата)  
(название выдавшего органа) (далее –

законный представитель) **подтверждаю свое согласие на обработку** с использованием средств автоматизации или без использования таких средств государственным автономным учреждением здравоохранения «Нижнекамская центральная районная многопрофильная больница», адрес: Республика Татарстан, город Нижнекамск, ул. Ахтубинская, 9 (далее – Оператор) **персональных данных** (ФИО

недееспособного гражданина), проживающего по адресу \_\_\_\_\_  
(по месту регистрации),  
паспорт \_\_\_\_\_ (серия и номер),  
выдан \_\_\_\_\_ (дата) (название выдавшего

органа), (далее – субъект персональных данных), включающих: фамилию, имя, отчество; год, месяц, дата, место рождения; адрес и место жительства; пол; паспортные данные; данные страхового полиса ОМС, ДМС; ИНН, номер телефона, сведения о членах семьи; семейное, социальное положение; образование; профессия, должность, место работы; изображение (фотографию); факт обращения за медицинской помощью; состояние здоровья; диагноз заболевания, иные сведения, полученные при обследовании и лечении, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг (в том числе платных медицинских услуг), обработку специальных категорий персональных данных, о полученных платных медицинских услугах. В процессе оказания Оператором субъекту персональных данных медицинской помощи (в том числе платной медицинской помощи) я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные субъекта персональных данных, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования и лечения субъекта персональных данных.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными субъекта персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные субъекта персональных данных 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, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС, ДМС между Оператором и страховой медицинской организацией.

Оператор имеет право при исполнении своих обязательств (в том числе связанных с оказанием платных медицинских услуг) на обмен (прием и передачу) персональными данными субъекта персональных данных со страховой медицинской организацией, Министерством здравоохранения, Фондом социального страхования, Фондом обязательного медицинского страхования (в том числе ТФОМС), органом статистической отчетности, а также иными органами и организациями в случаях, предусмотренных нормативно-правовыми актами (в том числе для осуществления проверки соблюдения законодательства об обязательном медицинском страховании), 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.

Срок хранения персональных данных субъекта персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

Передача персональных данных субъекта персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных Федеральными законами.

**Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ (дата) и действует бессрочно.**

Я оставляю за собой право отозвать настоящее 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.

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

а) прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной до этого медицинской помощи;

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

**Законный представитель:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

**СОГЛАСИЕ  
на обработку персональных данных**

**Я, нижеподписавшийся**

\_\_\_\_\_ (ФИО), проживающий по адресу \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (по месту регистрации),  
паспорт \_\_\_\_\_ (серия и номер), выдан \_\_\_\_\_ (дата)  
\_\_\_\_\_ (название выдавшего органа) (далее –

законный представитель) **подтверждаю свое согласие на обработку** с использованием средств автоматизации или без использования таких средств государственным автономным учреждением здравоохранения «Нижнекамская центральная районная многопрофильная больница», адрес: Республика Татарстан, город Нижнекамск, ул. Ахтубинская, 9 (далее – Оператор) **персональных данных** (ФИО

ребенка), проживающего по адресу \_\_\_\_\_ (по месту регистрации), свидетельство о рождении или паспорт \_\_\_\_\_ (серия и номер), выдан \_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_ (название выдавшего органа), (далее – субъект персональных данных), включающих: фамилию, имя, отчество; год, месяц, дата, место рождения; адрес и место жительства; пол; паспортные данные; данные страхового полиса ОМС, ДМС; ИНН, номер телефона, сведения о членах семьи; семейное, социальное положение; образование; профессия, должность, место работы; изображение (фотографию); факт обращения за медицинской помощью; состояние здоровья; диагноз заболевания, иные сведения, полученные при обследовании и лечении, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг (в том числе платных медицинских услуг), обработку специальных категорий персональных данных, о полученных платных медицинских услугах. В процессе оказания Оператором субъекту персональных данных медицинской помощи (в том числе платной медицинской помощи) я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные субъекта персональных данных, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования и лечения субъекта персональных данных.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными субъекта персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные субъекта персональных данных 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, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС, ДМС между Оператором и страховой медицинской организацией.

Оператор имеет право при исполнении своих обязательств (в том числе связанных с оказанием платных медицинских услуг) на обмен (прием и передачу) персональными данными субъекта персональных данных со страховой медицинской организацией, Министерством здравоохранения, Фондом социального страхования, Фондом обязательного медицинского страхования (в том числе ТФОМС), органом статистической отчетности, а также иными органами и организациями в случаях, предусмотренных нормативно-правовыми актами (в том числе для осуществления проверки соблюдения законодательства об обязательном медицинском страховании), 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.

Срок хранения персональных данных субъекта персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

Передача персональных данных субъекта персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных Федеральными законами.

**Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ (дата) и действует до совершеннолетия субъекта персональных данных.**

Я оставляю за собой право отозвать настоящее 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.

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

а) прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной до этого медицинской помощи;

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

**Законный представитель:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение № 5  
(Форма заявления о выдаче копий  
медицинских документов (выписок из них)  
для пациентов)

Главному врачу ГАУЗ «НЦРМБ»  
Ахмедову Г.Б.

от гражданина

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)  
\_\_\_\_\_ (год рождения),  
зарегистрированного по адресу:  
\_\_\_\_\_  
проживающего по адресу:  
\_\_\_\_\_  
телефон \_\_\_\_\_

**заявление**

Прошу Вас выдать мне копию медицинских документов (выписок из них) (нужное подчеркнуть):

- медицинской карты амбулаторного больного;
- медицинской карты стационарного больного;
- выписной эпикриз;

\_\_\_\_\_ ;  
\_\_\_\_\_ ;  
в период с \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. находился(-ась) на  
стационарном (амбулаторном) лечении в \_\_\_\_\_ отделения ГАУЗ «НЦРМБ».  
Копии медицинских документов необходимы для предъявления \_\_\_\_\_ .

Документы прошу выдать следующим способом (нужное подчеркнуть):

- лично на руки;
- отправить на адрес электронной почты: \_\_\_\_\_ .

Настоящим подтверждаю, что ознакомлен(-а) с тем, что при передаче медицинских документов на электронную почту может не обеспечиваться полная защита передаваемой по данному каналу связи конфиденциальная информация.

Настаиваю на передаче медицинских документов на указанный адрес электронной почты и принимаю на себя возможный риск, связанный с утечкой передаваемой конфиденциальной информации по данному каналу связи третьим лицам (в том числе, но не ограничиваясь: в случае взлома электронной почты злоумышленниками, атакой злоумышленников на канал связи при передаче информации и др.).

\_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_ (подпись)

Личность пациента удостоверена

Представитель ГАУЗ «НЦРМБ» \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_ (подпись)

Приложение № 6  
(Форма заявления о выдаче копий  
медицинских документов (выписок из них)  
для законных представителей)

Главному врачу ГАУЗ «НЦРМБ»  
Ахмедову Г.Б.

от гражданина

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)  
\_\_\_\_\_  
(год рождения),  
зарегистрированного по адресу:

\_\_\_\_\_  
проживающего по адресу:

\_\_\_\_\_  
телефон \_\_\_\_\_

являющийся законным представителем:

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)  
\_\_\_\_\_  
(год рождения),  
зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_  
проживающий по адресу:

\_\_\_\_\_  
действующий на основании

**заявление**

Прошу Вас выдать мне копию медицинских документов (выписок из них) (нужное подчеркнуть):

- медицинской карты амбулаторного больного;
- медицинской карты стационарного больного;
- выписной эпикриз;

- \_\_\_\_\_;

- \_\_\_\_\_;

на имя \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.), который(-ая) в период  
с \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. находился(-ась) на стационарном  
(амбулаторном) лечении в \_\_\_\_\_ отделении ГАУЗ «НЦРМБ».

Копии медицинских документов необходимы для предъявления в \_\_\_\_\_.

Документы прошу выдать следующим способом (нужное подчеркнуть):

- лично на руки;
- отправить на адрес электронной почты: \_\_\_\_\_.

Настоящим подтверждаю, что ознакомлен(-а) с тем, что при передаче медицинских документов на электронную почту может не обеспечиваться полная защита передаваемой по данному каналу связи конфиденциальная информация.

Настаиваю на передаче медицинских документов на указанный адрес электронной почты и принимаю на себя возможный риск, связанный с утечкой передаваемой конфиденциальной информации по данному каналу связи третьим лицам (в том числе, но не ограничиваясь: в случае взлома электронной почты злоумышленниками, атакой злоумышленников на канал связи при передаче информации и др.).

Приложения:

Копия свидетельства о рождении с предъявлением паспорта либо копия документа о назначении опекуна или попечителя либо копия свидетельства об усыновлении.

\_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_ (подпись)

Личность пациента удостоверена

Представитель ГАУЗ «НЦРМБ» \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_ (подпись)

Приложение № 7  
(Форма заявления о выдаче копий  
медицинских документов (выписок из них)  
для доверенных лиц)

Главному врачу ГАУЗ «НЦРМБ»  
Ахмедову Г.Б.

от гражданина

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)  
\_\_\_\_\_ (год рождения),  
зарегистрированного по адресу:  
\_\_\_\_\_  
проживающего по адресу:  
\_\_\_\_\_  
телефон \_\_\_\_\_,

являющийся представителем (доверенным) лицом:

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)  
\_\_\_\_\_ (год рождения),  
зарегистрированный по адресу:  
\_\_\_\_\_  
проживающий по адресу:  
\_\_\_\_\_  
действующий на основании \_\_\_\_\_

**заявление**

Прошу Вас выдать мне копию медицинских документов (выписок из них) (нужное подчеркнуть):

- медицинской карты амбулаторного больного;
- медицинской карты стационарного больного;
- выписной эпикриз;

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

на имя \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.), который(-ая) в период  
с \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. находился(-ась) на стационарном  
(амбулаторном) лечении в \_\_\_\_\_ отделении ГАУЗ «НЦРМБ».  
Копии медицинских документов необходимы для предъявления в \_\_\_\_\_.

Документы прошу выдать следующим способом (нужное подчеркнуть):

- лично на руки;
- отправить на адрес электронной почты: \_\_\_\_\_.

Настоящим подтверждаю, что ознакомлен(-а) с тем, что при передаче медицинских документов на электронную почту может не обеспечиваться полная защита передаваемой по данному каналу связи конфиденциальная информация.

Настаиваю на передаче медицинских документов на указанный адрес электронной почты и принимаю на себя возможный риск, связанный с утечкой передаваемой конфиденциальной информации по данному каналу связи третьим лицам (в том числе, но не ограничиваясь: в случае взлома электронной почты злоумышленниками, атакой злоумышленников на канал связи при передаче информации и др.).

Приложения:

Копия доверенности от пациента, в которой прямо указана воля пациента о том, что он (она) доверяет раскрытие и передачу доверенному лицу сведений, составляющих его (ее) врачебную тайну (доверенность может быть в простой письменной форме с обязательным удостоверением личности в присутствии уполномоченного лица ГАУЗ «НЦРМБ» либо оформленной нотариально).

\_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_ (подпись)

Личность пациента удостоверена

Представитель ГАУЗ «НЦРМБ» \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_ (подпись)

## ДОВЕРЕННОСТЬ

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

г. Нижнекамск

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_ (ФИО),  
\_\_\_\_\_ г.р., паспорт \_\_\_\_\_ серия и номер, дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
кем выдан: \_\_\_\_\_  
зарегистрирован(а) \_\_\_\_\_  
фактически проживаю \_\_\_\_\_,

### ДОВЕРЯЮ

\_\_\_\_\_ (ФИО),  
\_\_\_\_\_ г.р., паспорт \_\_\_\_\_ серия и номер, дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
кем выдан: \_\_\_\_\_  
зарегистрированной(ному) \_\_\_\_\_  
фактически проживающей(му) \_\_\_\_\_

право получать любые сведения о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи в ГАУЗ «НЦРМБ», о состоянии моего здоровья, диагнозе, иные сведения, полученные при моем медицинском обследовании и лечении, а также право знакомиться со всеми касающимися моего здоровья медицинскими документами, получать их копии, подписывать заявления на получение таких документов.

Доверенность выдана без права передоверия вышеуказанных полномочий сроком на \_\_\_\_\_ с момента ее подписания и действительна при предъявлении документа удостоверяющего личность (паспорт).

Подпись доверителя \_\_\_\_\_ (ФИО)

Дата \_\_\_\_\_

Настоящим подтверждаю, что доверенность подписана в моем присутствии.

Подпись Доверителя удостоверяю.

Должность медицинского работника ГАУЗ «НЦРМБ» \_\_\_\_\_

Фамилия имя отчество \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_