

ИНСТРУКЦИЯ

**о формах и порядке дачи и отзыва согласия на
внесение и обработку персональных данных,
информации, составляющей врачебную тайну,
отказа от их внесения и обработки**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящая Инструкция определяет формы и порядок дачи и отзыва согласия на внесение и обработку персональных данных пациентов ООО «ЛЮБИМЫЙ ДОКТОР» (далее – Организация), информации, составляющей врачебную тайну, отказа от их внесения и обработки.

1.2 Настоящая Инструкция применяется при внесении и обработке персональных данных пациента и информации, составляющей врачебную тайну, при формировании электронной медицинской карты пациента, информационных систем, информационных ресурсов, баз (банков) данных, реестров (регистров) в Организации (далее – информационная система).

2. ПОРЯДОК ДАЧИ И ОТЗЫВА СОГЛАСИЯ НА ВНЕСЕНИЕ И ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТА, ИНФОРМАЦИИ, СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ

2.1. Перед внесением персональных данных, информации, составляющей врачебную тайну, в информационную систему должно быть получено письменное согласие пациента на внесение и обработку персональных данных пациента, информации, составляющей врачебную тайну (далее – Согласие) (по форме согласно приложению № 1 и №2 к Инструкции).

2.2. Согласие дается однократно при первичном посещении Организации и действует до его отзыва:

- совершеннолетним пациентом;
- законным представителем несовершеннолетнего пациента;
- представителем совершеннолетнего пациента, осуществляющего свои полномочия на основании актов законодательства, либо актов уполномоченных на то государственных органов, либо доверенности, оформленной в порядке, установленном гражданским законодательством;
- опекуном пациента, являющегося лицом, признанным в установленном порядке недееспособным;
- супругом (супругой) или одним из близких родственников, не способного по состоянию здоровья к принятию осознанного решения.

2.3. До получения согласия ответственным лицом пациенту или лицам, указанным в п.2.2 предоставляется в доступной для них форме (устно, путем размещения информации на официальном сайте, а также путем письменного уведомления) полная информация о сборе, систематизации, хранении, изменении, использовании, обезличивании, блокировании, распространении, предоставлении, удалении персональных данных, информации, составляющей врачебную тайну, для целей диагностики, постановки диагноза, установления заболевания, лечения, проведения медицинской реабилитации, оказания медицинской помощи, медицинской профилактики, проведения медицинской реабилитации.

2.4. До получения согласия субъекта персональных данных Оператор обязан предоставить субъекту персональных данных информацию, содержащую:

- наименование и место нахождения Оператора, получающего согласие субъекта персональных данных;
- цели обработки персональных данных;
- перечень персональных данных;
- срок, на который дается согласие субъекта персональных данных;
- информацию об уполномоченных лицах в случае, если обработка персональных данных будет осуществляться такими лицами;
- перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие субъекта персональных данных;
- иную информацию, необходимую для обеспечения прозрачности процесса обработки персональных данных.

2.5. До получения согласия субъекта персональных данных Оператор обязан разъяснить субъекту персональных данных его права, связанные с обработкой персональных данных, механизм реализации таких прав, а также последствия дачи согласия субъекта персональных данных или отказа в даче такого согласия. Эта информация должна быть предоставлена оператором субъекту персональных данных в письменной либо электронной форме.

2.6. Уведомление о предоставлении информации об Операторе предоставляется субъекту персональных данных по форме согласно приложению № 3 к Инструкции, путем размещения на сайте www.lubimydoctor.by.

2.7. Уведомление о разъяснении прав, связанных с обработкой персональных данных предоставляется субъекту персональных данных по форме согласно приложению №4 к Инструкции, путем размещения на сайте www.lubimydoctor.by.

2.8. Согласие оформляется в виде документа на бумажном носителе по форме согласно приложению № 1 или №2 к Инструкции, подписывается пациентом или иным лицом, указанным в п.2.2.

2.9. Пациент или лица, указанные в п.2.2., вправе отозвать свое согласие на внесение и обработку персональных данных пациента, информации, составляющей врачебную тайну, при формировании электронной медицинской карты пациента, информационной системы, предоставив отзыв согласия по форме согласно о

2.10. В целях обеспечения полноты и достоверности статистического учета данных о случаях оказания медицинской помощи пациентам владелец (Оператор)

информационной системы с момента оформления отказа от внесения и обработки персональных данных пациента, информации, составляющей врачебную тайну, вправе продолжить хранение и обработку обезличенных данных (информации) пациента в порядке, установленном законодательными актами.

Приложение №1 к Инструкции
о формах и порядке дачи и отзыва согласия на
внесение и обработку персональных данных,
информации, составляющей врачебную
тайну, отказа от их внесения и обработки



ООО «ЛЮБИМЫЙ ДОКТОР»
220055, г. Минск, ул. Матусевича 70, офис 184
+375 29 324-55-33, +375 33 324-55-33
+375 (17) 325-55-33, + 375 (33) 651 61 23 VIBER
info@lubimyydoctor.by, www.lubimyydoctor.by

**Согласие субъекта персональных данных
на обработку его персональных данных**

Я, _____,
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), дата рождения)
идентификационный номер _____,
дата рождения _____,
адрес регистрации: _____,
адрес электронной почты: _____,
контактный номер телефона: _____,

даю свое согласие на обработку моих персональных данных ООО «ЛЮБИМЫЙ ДОКТОР»:

- на осуществление следующих действий с моими персональными данными: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение;
- на внесение(я) и обработку(и) персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну, при формировании медицинской карты пациента, в том числе электронной медицинской карты, информационных систем и ресурсов, баз (банков) данных;
- на передачу и обработку в лабораторно-информационной системе «Синево».

Я ознакомлен(а) с тем, что:

- настоящее согласие распространяется на следующие персональные данные: фамилия, имя и отчество, адрес электронной почты, контактный телефон, паспортные данные, номер страхового полиса (для застрахованных пациентов);
- согласие на обработку персональных данных действует с даты его подписания и является неограниченным;
- согласие на обработку персональных данных может быть отозвано путем подачи письменного заявления, которое необходимо выслать на адрес: 220055, г. Минск, ул. Матусевича 70, пом. 184 с пометкой «Отзыв согласия на обработку персональных данных».

Я даю свое согласие на получение уведомлений путем:

☐ SMS (напоминание о визите в центр и иная информация)

☐ Viber, Telegram, иные мессенджеры

☐ Email (электронные копии заключений, результаты лабораторных исследований и иная информация)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

___ . ___ . 20___ г.

Приложение №2 к Инструкции
о формах и порядке дачи и отзыва согласия на
внесение и обработку персональных данных,
информации, составляющей врачебную
тайну, отказа от их внесения и обработки



ООО «ЛЮБИМЫЙ ДОКТОР»
220055, г. Минск, ул. Матусевича 70, офис 184
+375 29 324-55-33, +375 33 324-55-33
+375 (17) 325-55-33, +375 (33) 651 61 23 VIBER
info@lubimyydoctor.by, www.lubimyydoctor.by

**Согласие законного представителя субъекта персональных данных
на обработку его персональных данных**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

законный представитель _____
(фамилия, имя, отчество)

идентификационный номер _____

дата рождения _____

адрес регистрации: _____

адрес электронной почты: _____

контактный номер телефона: _____

даю свое согласие на обработку моих персональных данных ООО «ЛЮБИМЫЙ ДОКТОР»:

- на осуществление следующих действий персональными данными моего ребенка: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение;
- на внесение(я) и обработку(и) персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну, при формировании медицинской карты пациента, в том числе электронной медицинской карты, информационных систем и ресурсов, баз (банков) данных;
- на передачу и обработку в лабораторно-информационной системе «Синево».

Я ознакомлен(а) с тем, что:

- настоящее согласие распространяется на следующие персональные данные: фамилия, имя и отчество, адрес электронной почты, контактный телефон, паспортные данные, номер страхового полиса (для застрахованных пациентов);
- согласие на обработку персональных данных действует с даты его подписания и является неограниченным;
- согласие на обработку персональных данных может быть отозвано путем подачи письменного заявления, которое необходимо выслать на адрес: 220055, г. Минск, ул. Матусевича 70, пом. 184 с пометкой «Отзыв согласия на обработку персональных данных».

Я даю свое согласие на получение уведомлений путем:

☐ SMS (напоминание о визите в центр и иная информация)

☐ Viber, Telegram, иные мессенджеры

☐ Email (электронные копии заключений, результаты лабораторных исследований и иная информация)

(подпись)

(подпись, фамилия)

____ . ____ . 20 ____ г.