
(наименование работодателя)

ОГРН _____

ИНН _____

Тел. ответственного специалиста от работодателя: _____

По договору (номер и дата договора): _____

НАПРАВЛЕНИЕ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

Место работы _____

Адрес _____

регистрации: _____

в соответствии со ст. 214, 220 Трудового кодекса Российской Федерации направляется на обязательное психиатрическое освидетельствование с целью определения соответствия состояния здоровья поручаемой ему (ей) работе в должности

(наименование должности)

(указать виды профессиональной деятельности, связанной с влиянием вредных веществ

и неблагоприятных производственных факторов и/или виды профессиональной

деятельности в условиях повышенной опасности в соответствии

с Постановлением Правительства РФ от 28.04.1993 N 377)

Сообщение о дате принятия решения комиссией и дате выдачи его работнику прошу (нужное подчеркнуть):

1. направить по электронной почте _____

2. выдать на руки работнику _____

3. направить другим способом _____

(должностное лицо)

(подпись)

(фамилия, инициалы)

" _____ " _____ 20 _____ г.

М.П.

Согласие на медицинское вмешательство

Я, _____ ,
(Ф.И.О.)

дата рождения « _____ » _____ 20 ____ г.

проживающий(ая): _____

в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и статей 4, 23 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» даю согласие на освидетельствование/освидетельствование несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет /освидетельствование недееспособного, не способного по своему состоянию дать согласие на психиатрическое освидетельствование (нужное подчеркнуть) врачом-психиатром

проведение дополнительных методов исследования: _____

Данные медицинского вмешательства и заключение о состоянии здоровья обследуемого фиксируются в медицинской документации, в которой указываются также причины обращения за медицинской помощью и медицинские рекомендации.

Я осведомлён(а), что в соответствии со ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, установленных законодательством. С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам.

Я, _____
(Ф.И.О. пациента/представителя)

даю согласие на предоставление сведений обо мне, составляющих врачебную тайну,

(Ф.И.О. доверенного лица/наименование работодателя)

Я уведомлен, что предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается в случаях, установленных ст.13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Дата _____ Подпись _____

Врач: _____ Подпись _____

заявление о способе передачи персональных данных

Главному врачу
ГБУЗ СК «СККСПБ №1»
О.И. Боеву

Я, нижеподписавшийся: _____
фамилия, имя, отчество

проживающий по адресу: _____
адрес по месту регистрации

паспорт _____ выдан _____

в соответствии с Федеральным законом №152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 г. и Приказом ФСТЭК № 21 "Об утверждении Состав и содержания организационных и технических мер по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных" от 18.02.2013 г., даю свое согласие уполномоченным лицам ГБУЗ СК «СККСПБ №1», расположенному по адресу 355038, г. Ставрополь, ул. Ленина, 441 (далее - Оператор) передавать мои персональные данные по открытым каналам связи, в частности: посредством факсимильной связи и почтовых отправлений.

« _____ » _____ 20 ____ г. _____
(подпись, расшифровка подписи – Фамилия И.О.)

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____
фамилия, имя, отчество

проживающий по адресу _____
адрес по месту регистрации

паспорт _____
серия, номер кем и когда выдан

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», ст.13 Федерального Закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны граждан в РФ», подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ «Ставропольская краевая клиническая специализированная психиатрическая больница №1» (далее – Оператор), расположенному по адресу 355038, г. Ставрополь, ул. Ленина, 441, моих персональных данных

сына, дочери, в возрасте до 15 лет, моего подопечного – ФИО пациента включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, данные основного документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения, адрес регистрации), адрес проживания, место жительства, реквизиты полиса медицинского страхования, СНИЛС, контактный(е) телефон(ы), место работы, профессию, должность, место учебы, характеристики, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, медицинскими осмотрами, медицинскими освидетельствованиями, медицинскими экспертизами – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания/проведения Оператором мне (моему сыну, дочери, в возрасте до 15 лет, моему подопечному) медицинской помощи, медицинских осмотров, медицинского освидетельствования, медицинских экспертиз я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим уполномоченным должностным лицам в интересах моего обследования и лечения (обследования и лечения моего сына, дочери, в возрасте до 15 лет, моего подопечного).

Я предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (персональными данными моего сына, дочери, в возрасте до 15 лет, моего подопечного), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также на передачу такой информации третьим лицам, в случаях, установленных нормативными документами вышестоящих органов и законодательством. Я предоставляю Оператору право осуществлять следующие способы обработки персональных данных: с использованием бумажных носителей, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные моего сына, дочери, в возрасте до 15 лет, моего подопечного) посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) в соответствии с законодательством Российской Федерации, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией, организацией - заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору оказания платных медицинских услуг с использованием машинных носителей информации, по защищенному каналу связи и (или) документы на бумажных носителях, 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.

Я предоставляю Оператору право на обмен (приём и передачу) всеми моими персональными данными со страховыми организациями, Министерством здравоохранения Российской Федерации, Федеральным сегментом Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, с министерством здравоохранения Ставропольского края, с ГБУЗ СК «МИАЦ», а также с иными подведомственными министерству здравоохранения Ставропольского края медицинскими организациями, с использованием машинных носителей или по защищенным каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их приём и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право уполномоченным медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам **Оператора в интересах обследования, лечения и внутреннего учета Оператора, а также иным лицам (нужное вписать):**

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет пятьдесят лет. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной 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 прекратить их обработку.

Контактный(е) телефон(ы): _____

и почтовый адрес проживания: _____

« _____ » _____ 20 _____ г. _____

ФИО, подпись пациента или его законного представителя