

УТВЕРЖДАЮ:

Главный врач ГОБУЗ

«Областной клинический родильный дом»

В.Ю. Мишекурин



16» 06 2017 г.

Политика обработки и защиты персональных данных в ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом»

1. Настоящая политика в отношении обработки персональных данных (далее – Политика) составлена в соответствии с пунктом 2 статьи 18.1 Закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» и является основополагающим внутренним регулятивным документом медицинской организации ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом» (далее – ГОБУЗ «ОКРД»), определяющим ключевые направления ее деятельности в области обработки и защиты персональных данных (далее – ПДн), оператором которых является ГОБУЗ «ОКРД».
2. Политика разработана в целях реализации требований законодательства в области обработки и защиты ПДн и направлена на обеспечение защиты прав и свобод человека и гражданина при обработке его ПДн в ГОБУЗ «ОКРД», в том числе защиты прав на неприкосновенность частной жизни, личной, семейной и врачебной тайн.
3. Положения Политики распространяются на отношения по обработке и защите ПДн, полученных ГОБУЗ «ОКРД» как до, так и после утверждения Политики, за исключением случаев, когда по причинам правового, организационного и иного характера положения Политики не могут быть распространены на отношения по обработке и защите ПДн, полученных до ее утверждения.
4. Биометрические данные можно обрабатывать только с письменного согласия (ст. 11 Закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»), например, дактилоскопические данные, радужная оболочка глаз, анализы ДНК, рост, вес, изображение человека. Рентгеновские и флюорографические снимки к биометрическим данным не относятся основание: разъяснения Роскомнадзора от 30 августа 2013 г.
5. Все сотрудники ГОБУЗ «ОКРД», работающие с персональными данными, должны быть ознакомлены с федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» и соблюдать его.

6. Не требуется письменное согласие пациента на обработку персональных данных на основании части 2 статьи 6 Закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», если обработка персональных данных нужна для защиты жизни и здоровья человека, а получить согласие невозможно.

7. В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27 июля 2006 № 152-ФЗ "О персональных данных" во всех подразделениях ГОБУЗ «ОКРД» применять форму согласия пациента на обработку персональных данных, кроме случаев, предусмотренных частью 2 статьи 6 Закона от 27 июля 2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

8. Медицинским работникам ГОБУЗ «ОКРД» не допускать несанкционированный доступ к персональным данным сотрудников и пациентов.

9. Официальный сайт ГОБУЗ «ОКРД» <http://novroddom53.ru/> (далее – Официальный сайт) вести в соответствии с требованиями федерального закона от 27 июля 2006 № 152-ФЗ "О персональных данных".

10. Настоящую Политику разместить в открытом доступе на Официальном сайте.

Форма согласия пациента на обработку персональных данных:

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся _____
Ф.И.О. полностью_,

проживающий по адресу: _____
по месту регистрации: _____,
паспорт _____ серия и номер _____, выдан _____ дата

_____ *название выдавшего органа,*

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ГОБУЗ «ОКРД» г.Великий Новгород ул. Державина д.1 (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, 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 предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором _____ ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору _____ ДМС...) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией _____ название _____ [и территориальным фондом ОМС] с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

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 в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Настоящее согласие дано мной « ____ » _____ 20__ г. и действует бессрочно.

Контактный телефон(ы) _____

Подпись субъекта персональных данных _____