

Согласие на передачу/получение
персональных данных, сведений, составляющих
врачебную тайну, по электронной почте

В соответствии с ч.5 ст.22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» 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, в том числе в форме электронных документов.

Я, _____
(Ф.И.О. пациента/законного представителя (родители, усыновители, опекуны))
дата рождения _____ адрес _____

осуществляю отправку лично, а также разрешаю передачу мне информации, содержащей мои персональные данные (лица, представителем которого я являюсь), сведений, составляющих врачебную тайну,

(Ф.И.О. пациента)
дата рождения _____ адрес _____

с (на) электронной (ую) почты (у): _____
(адрес электронной почты)

на (с) электронный (ого) адрес (а) КОГКБУЗ «Центр онкологии и медицинской радиологии»: _____
tmk@onko-kirov.ru

Подписывая данное согласие:

- Я проинформирован (а), что электронная почта является открытым источником информации и незащищённым открытым каналом связи. При несанкционированном доступе к моему почтовому ящику третьих лиц, а равно доступу к моим персональным данным, сведениям, составляющим врачебную тайну, и утечке информации претензий к КОГКБУЗ «Центр онкологии и медицинской радиологии» не имею.

Настоящим принимаю на себя ответственность и все риски, связанные с несанкционированным доступом к моему почтовому ящику (персональным данным, сведениям, составляющим врачебную тайну) третьих лиц.

- Я понимаю, что направление результатов лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 27.07.2016 № 152-ФЗ «О персональных данных» относится к сведениям, составляющим врачебную тайну.

Оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного заявления.

Обмен указанной в настоящем согласии информацией осуществляется до момента отзыва настоящего согласия.

« _____ » _____ 20 ____ г.

Подпись пациента/законного представителя:

(Подпись)

(Ф.И.О.)