

**Министерство здравоохранения Астраханской области
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Астраханской области
«Областная клиническая психиатрическая больница»**

ПРИКАЗ № 337

12.12.2018 г.

г. Астрахань

«О введении в действие формы направления на медико-социальную экспертизу в ГБУЗ АО «ОКПБ»

С целью дальнейшего совершенствования проведения психиатрического освидетельствования граждан для принятия решения о наличии (отсутствии) клинико-социальных оснований по психическому состоянию для направления указанных лиц на медико-социальную экспертизу, в соответствии с приказом Министерства труда и социального развития Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.09.2018 г. № 578/606н «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. С 14.12.2018 года в диспансерных и стационарных структурных подразделениях ГБУЗ АО «ОКПБ» ввести в действие форму № 088/у «Направление на медико-социальную экспертизу медицинской организацией», утвержденную приказом Министерства труда и социального развития Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.09.2018 г. № 578/606н «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией».

2. Утвердить и ввести в действие с 14.12.2018 года в диспансерных и стационарных структурных подразделениях ГБУЗ АО «ОКПБ» следующие формы:

- «Согласие на обработку и передачу в ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Астраханской области» Минтруда России персональных данных пациента и законного представителя» (Приложение № 1);
- «Согласие на обработку и передачу в ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Астраханской области» Минтруда России персональных данных пациента» (Приложение № 2).

3. Сотрудникам учреждения, участвующим в проведении обследования и освидетельствовании граждан при направлении на медико-социальную экспертизу, заполнять форму № 088/у «Направление на медико-социальную

экспертизу медицинской организацией» с письменного согласия пациента (его законного представителя) в соответствии с утвержденными п. 2 настоящего приказа формами.

4. Начальнику организационно-методического отдела Е.Э. ТОЧИНОЙ разместить форму № 088/у «Направление на медико-социальную экспертизу медицинской организацией», а также формы «Согласие на обработку и передачу в ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Астраханской области» Минтруда России персональных данных пациента» и «Согласие на обработку и передачу в ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Астраханской области» Минтруда России персональных данных пациента и законного представителя» на официальном сайте учреждения.

5. Заведующей канцелярией С.В. ГУЗИЙ довести приказ до сведения всех заинтересованных лиц.

6. Контроль исполнения приказа оставляю за собой.

Главный врач

А.В. Хрящёв

С приказом № 337 от 12.12.2018 года ознакомлены:

СОГЛАСИЕ

**на обработку и передачу в ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Астраханской области» Минтруда
России персональных данных пациента и законного представителя**

Я, _____,
(Фамилия, имя, отчество законного представителя)

являясь законным представителем _____
(Фамилия, имя, отчество пациента)

(именуемый далее – пациент) в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.06 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях реализации оказания медицинской помощи (в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов), в других случаях, прямо предусмотренных законодательством Российской Федерации) даю согласие ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница» (далее Учреждение), находящемуся по адресу: г. Астрахань, Началовское шоссе, 15 (юридический адрес):

1. на обработку, использование и последующую передачу в ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Астраханской области» Минтруда России данных пациента: фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол, гражданство, отношение к воинской обязанности, данные документа, удостоверяющего личность (наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан), адрес регистрации по месту жительства, адрес фактического проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о полученном образовании, сведения о трудовой деятельности, место работы, адрес места работы, данные о состоянии здоровья, в том числе о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении.

2. на обработку, использование и последующую передачу в ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Астраханской области» Минтруда России моих данных: фамилия, имя, отчество, данные документа, удостоверяющего личность (наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан), данные документа, удостоверяющего полномочия законного (уполномоченного) представителя (наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан), контактный телефон, адрес электронной почты, страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС).

Под обработкой и использованием данных имеется в виду сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передача, блокирование, уничтожение персональных данных (как посредством электронного документооборота, так и на печатных носителях) с соблюдением мер, обеспечивающих защиту от несанкционированного доступа.

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена). Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания и действует бессрочно. Согласие может быть отозвано путем подачи Оператору письменного заявления. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов пациента.

ФИО, подпись законного представителя пациента _____ / _____ /

" ____ " _____ 20 ____ год.

СОГЛАСИЕ

**на обработку и передачу в ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Астраханской области» Минтруда
России персональных данных пациента**

Я, _____,
(Фамилия, имя, отчество)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.06 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях реализации оказания медицинской помощи (в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов), в других случаях, прямо предусмотренных законодательством Российской Федерации) даю согласие ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница» (далее Учреждение), находящемуся по адресу: г. Астрахань, Началовское шоссе, 15 (юридический адрес): на обработку, использование и последующую передачу в ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Астраханской области» Минтруда России моих данных: фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол, гражданство, отношение к воинской обязанности, данные документа, удостоверяющего личность (наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан), адрес регистрации по месту жительства, адрес фактического проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о полученном образовании, сведения о трудовой деятельности, место работы, адрес места работы, данные о состоянии здоровья, в том числе о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении.

Под обработкой и использованием данных имеется в виду сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу, блокирование, уничтожение моих персональных данных (как посредством электронного документооборота, так и на печатных носителях) с соблюдением мер, обеспечивающих защиту от несанкционированного доступа.

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена). Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания и действует бессрочно. Согласие может быть отозвано путем подачи Оператору письменного заявления. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

ФИО, подпись пациента _____ / _____ /

" ____ " _____ 20 ____ год.