

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

ПРИКАЗ № 405

7.12.2021 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 социальной защиты Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1.02.2021 г. № 27н/36н «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией и порядка ее заполнения»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. С 10.01.2022 года в диспансерном и стационарных структурных подразделениях ГБУЗ АО «ОКПБ» утвердить и ввести в действие форму № 088/у «Направление на медико-социальную экспертизу медицинской организацией», утвержденную приказом Министерства труда и социального защиты Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1.02.2021 года № 27н/36н «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией и порядка ее заполнения».
2. С 10.01.2022 года в диспансерном и стационарных структурных подразделениях ГБУЗ АО «ОКПБ» продолжить действие следующих форм:
 - «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. С 10.01.2022 года утвердить и ввести в действие следующую форму:
 - «Согласие гражданина на направление на медико-социальную экспертизу (Приложение № 3).

4. 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, п.3 настоящего приказа формами.

5. 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», «Согласие на обработку и передачу в ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Астраханской области» Минтруда России персональных данных пациента и законного представителя», «Согласие гражданина на направление на медико-социальную экспертизу на официальном сайте учреждения.

6. Приказ № 337 от 12.12.2018 года «О введении в действие формы направления на медико-социальную экспертизу в ГБУЗ АО «ОКПБ» (за исключением п.2) считать утратившим силу.

7. Заведующей канцелярией Н.В. ИВАНОВОЙ довести приказ до сведения всех заинтересованных лиц.

8. Контроль исполнения приказа оставляю за собой.

Главный врач

В.С. Тарханов

С приказом № 405 от 7.12.2021 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 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.

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.

Согласие гражданина на направление на медико-социальную экспертизу

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо его законного
(уполномоченного) представителя)
_____ года рождения, зарегистрированный(-ая) по адресу: _____

и проживающий(-ая) по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо его законного (уполномоченного) представителя)
паспорт: серия _____ N _____, выдан _____
(кем выдан, дата)

даю согласие на направление на медико-социальную экспертизу меня/
направление на медико-социальную экспертизу гражданина (нужное подчеркнуть)

_____ года рождения, законным (уполномоченным) представителем которого
я являюсь (нужное подчеркнуть), в _____

(полное наименование бюро медико-социальной экспертизы (главного бюро медико-социальной экспертизы, Федерального бюро
медико-социальной экспертизы), в котором предполагается проведение медико-социальной экспертизы гражданина)
Лечащим врачом (заведующим отделением) (нужное подчеркнуть)

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)
медицинской организации) _____
(полное наименование медицинской организации)

мне в доступной форме разъяснен порядок направления на медико-социальную
экспертизу в целях _____
(указать цель направления на медико-социальную экспертизу)

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от направления на медико-социальную экспертизу.
Также мне разъяснено, что согласие на направление на медико-социальную экспертизу оформляется в ви-
де документа на бумажном носителе, подписанного мною или моим законным (уполномоченным) пред-
ставителем и лечащим врачом (заведующим отделением медицинской организации), либо формируется в
форме электронного документа, подписанного мною или моим законным (уполномоченным)
представителем с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или про-
стой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации,
а также лечащим врачом (заведующим отделением медицинской организации) с использованием усилен-
ной квалифицированной электронной подписи.

Сведения о законном (уполномоченном) представителе гражданина:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) законного (уполномоченного) представителя гражданина)

_____ (адрес места жительства законного (уполномоченного) представителя гражданина)

_____ (подпись гражданина либо
его законного (уполномоченного) представителя)

_____ (расшифровка подписи)

_____ (подпись лечащего врача/
заведующего отделением медицинской организации)

_____ (расшифровка подписи)

" _____ " _____ 20__ г.
(дата)