

Приложение 1
к Политике Оператора

1. Пациенты учреждения здравоохранения «Гродненский областной эндокринологический диспансер»:

Ф.И.О.;

число, месяц, год рождения;

пол;

данные о гражданстве (подданстве);

данные о регистрации по месту жительства и месту пребывания;

паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность (серия и номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ);

идентификационный номер;

сведения о месте работы (учебы, службы) и должности;

сведения о социальных льготах;

контактные данные (номер рабочего и мобильного телефонов, электронной почты и пр.);

изображение с камер видеонаблюдения (аудиозапись, видеозапись);

личная подпись субъекта персональных данных;

иные данные*

Сведения, составляющие врачебную тайну в соответствии со ст. 46 Закона о здравоохранении:

о фактах обращения пациента за медицинской помощью;

о состоянии здоровья;

о наличии заболеваний;

о диагнозах;

о методах оказания медицинской помощи;

о рисках, связанных с медицинским вмешательством;

о возможных альтернативах предлагаемому медицинскому вмешательству;

иные сведения, в том числе личного характера, полученные при оказании пациенту медицинской помощи;

в случае смерти - и информация о результатах патологоанатомического исследования.

2. Лица, указанные в ч. 2 ст. 18 Закона о здравоохранении (законные представители пациентов, опекуны пациентов и т.д.) учреждения здравоохранения «Гродненский областной эндокринологический диспансер»:

Ф.И.О.;

число, месяц, год рождения;

данные о регистрации по месту жительства и (или) месту пребывания;

паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность (серия и номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ);

идентификационный номер;

контактные данные (номер телефона, адрес электронной почты и пр.);

сведения, подтверждающие статус лица, указанного в ч. 2 ст. 18 Закона о здравоохранении (законного представителя пациента, опекуна пациента и пр.);

личная подпись субъекта персональных данных;

изображение с камер видеонаблюдения (аудиозапись, видеозапись).

3. Работники Оператора:

Ф.И.О.;

число, месяц, год рождения;

место рождения;

пол;

данные о регистрации по месту жительства (адрес, дата регистрации) и месту пребывания;

паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность (серия и номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ);
идентификационный номер;
данные о гражданстве (подданстве);
фотографическое изображение, изображение с камер видеонаблюдения (аудиозапись, видеозапись);
о семейном положении, составе семьи, супруге, ребенке (детях), родителях, опекунах, попечителях;
об образовании, ученой степени, ученом звании;
о переподготовке, повышении квалификации, присвоении квалификационной категории;
о социальных льготах и выплатах (о всех видах пенсий, об инвалидности, об участии в ликвидации аварии на ЧАЭС, о том, что субъект является пострадавшим от аварии на ЧАЭС и пр.);
индивидуальная программа реабилитации инвалида, заключение МРЭК;
номер страхового свидетельства государственного социального страхования;
об исполнении воинской обязанности;
о прежних местах работы;
сведения о награждениях и поощрениях;
сведения, содержащиеся в характеристике с прежнего места работы;
реквизиты банковского счета;
о членстве в профсоюзах;
о состоянии здоровья;
данные о смерти или объявлении физлица умершим;
контактные данные (номер рабочего и мобильного телефонов, электронной почты и пр.);
личная подпись субъекта персональных данных;
иные данные*

4. Бывшие работники Оператора:

Ф.И.О.;

число, месяц, год рождения;

место рождения;

пол;

данные о регистрации по месту жительства (адрес, дата регистрации) и месту пребывания;

паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность (серия и номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ);

идентификационный номер;

данные о гражданстве (подданстве);

фотографическое изображение, изображение с камер видеонаблюдения (аудиозапись, видеозапись);

о семейном положении, составе семьи, супруге, ребенке (детях), родителях, опекунах, попечителях;

об образовании, ученой степени, ученом звании;

о переподготовке, повышении квалификации, присвоении категории;

о социальных льготах и выплатах (о всех видах пенсий, об инвалидности, об участии в ликвидации аварии на ЧАЭС, о том, что субъект является пострадавшим от аварии на ЧАЭС и пр.);

индивидуальная программа реабилитации инвалида, заключение МРЭК;

об исполнении воинской обязанности;

номер страхового свидетельства государственного социального страхования;

о прежних местах работы;

сведения, содержащиеся в характеристике с прежнего места работы;

сведения о награждениях и поощрениях;

реквизиты банковского счета;
о членстве в профсоюзах;
справка о состоянии здоровья;
данные о смерти или объявлении физлица умершим;
сведения из листка нетрудоспособности;
контактные данные (номер рабочего и мобильного телефонов, электронной почты и пр.);
личная подпись субъекта персональных данных;
иные данные*

5. Родственники работников Оператора:

Ф.И.О.;
число, месяц, год рождения;
данные о регистрации по месту жительства (адрес, дата регистрации) и месту пребывания;
паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность (серия и номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ);
о семейном положении, составе семьи, местах работы или учебы;
о социальных льготах и выплатах;
о состоянии здоровья (инвалидности и пр.);
данные о смерти или объявлении физлица умершим;
контактные данные (номер рабочего и мобильного телефонов, электронной почты и пр.);
иные данные*

6. Кандидаты на работу у Оператора:

Ф.И.О.;
число, месяц, год рождения;
место рождения;
пол;
данные о регистрации по месту жительства (адрес, дата регистрации) и месту пребывания;
паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность (серия и номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ);
идентификационный номер;
данные о гражданстве (подданстве);
фотографическое изображение, изображение с камер видеонаблюдения (аудиозапись, видеозапись);
о семейном положении, составе семьи, супруге, ребенке (детях), родителях, опекунах, попечителях;
об образовании, ученой степени, ученом звании;
о переподготовке, повышении квалификации, присвоении категории;
сведения о трудовой деятельности (включая стаж, опыт работы, данные о занятости с указанием должности, подразделения, сведений о работодателе и пр.)
сведения о награждениях и поощрениях;
сведения, содержащиеся в характеристике с прежнего места работы;
номер страхового свидетельства государственного социального страхования;
о социальных льготах и выплатах (о всех видах пенсий, об инвалидности, об участии в ликвидации аварии на ЧАЭС, о том, что субъект является пострадавшим от аварии на ЧАЭС и пр.);
индивидуальная программа реабилитации инвалида, заключение МРЭК;
об исполнении воинской обязанности;
о членстве в профсоюзах;
справка о состоянии здоровья;

сведения, указанные самим кандидатом в резюме;
контактные данные (номер рабочего и мобильного телефонов, электронной почты и пр.);

личная подпись субъекта персональных данных;
иные данные*

7. Студенты и учащиеся, проходящие производственную практику у Оператора:

Ф.И.О.;

число, месяц, год рождения;

сведения о том, что субъект является студентом или учащимся (справка с места учебы, студенческий билет, выписка из приказа и пр.);

о состоянии здоровья;

изображение с камер видеонаблюдения (аудиозапись, видеозапись);

контактные данные (номер рабочего и мобильного телефонов, электронной почты и пр.);

иные данные*

8. Физические лица, являющиеся контрагентами Оператора:

Ф.И.О.;

гражданство;

адрес регистрации по месту жительства и месту пребывания;

паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность (серия и номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ);

идентификационный номер;

реквизиты банковского счета;

учетный номер налогоплательщика;

сведения об образовании, специальности, профессии, квалификации;

сведения, содержащиеся в свидетельстве о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (в том числе регистрационный номер, кем и когда зарегистрирован);

контактные данные (номер рабочего и мобильного телефонов, электронной почты и пр.);

личная подпись субъекта персональных данных;

изображение с камер видеонаблюдения (аудиозапись, видеозапись);

иные данные*

9. Физические лица, являющиеся представителями (работниками) юридических лиц - контрагентов Оператора:

Ф.И.О.;

адрес регистрации по месту жительства;

паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность (серия и номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ);

сведения о месте работы и занимаемой должности;

контактные данные (номер рабочего и мобильного телефонов, электронной почты и пр.);

личная подпись субъекта персональных данных;

изображение с камер видеонаблюдения (аудиозапись, видеозапись);

иные данные*

10. Физические лица (не относящиеся к вышеуказанным категориям субъектов), братившиеся с заявлением (обращением, жалобой и пр.) к Оператору:

Ф.И.О.;

адрес регистрации по месту жительства или месту пребывания, номер телефона;

личная подпись субъекта персональных данных.

иные данные*

*иные данные – персональные данные, объективная и законная потребность в обработке которых может возникнуть в процессе взаимной реализации прав и исполнении обязанностей Оператором и субъектами персональных данных

Приложение 2
к Политике Оператора

Приложение
к Инструкции о формах и порядке
дачи и отзыва согласия на внесение
и обработку персональных данных,
информации, составляющей
врачебную тайну, отказа от их
внесения и обработки и порядке
информирования о праве на отказ от
внесения информации, составляющей
врачебную тайну, в
централизованную информационную
систему учреждение здравоохранения
«Гродненский областной эндокринологический
диспансер»

Согласие (отказ), отзыв согласия пациента (лиц, указанных в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении») на (от) внесение(я) и обработку(и) персональных данных пациента и информации, составляющей врачебную тайну

Я, _____,
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), дата рождения пациента или лиц, указанных в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь О здравоохранении)
документ, удостоверяющий личность: _____
серия _____ номер _____ кем выдан _____,
дата выдачи _____ г., идентификационный номер _____,
проживающий по адресу: _____,
адрес электронной почты, контактный номер телефона: _____,

(даю согласие на/отказываюсь от; /;отзываю согласие на; - нужно указать)
внесение(я) и обработку(и) персональных данных и информации, составляющей в
рачебную тайну, при формировании электронной
медицинской карты пациента, информационных систем, информационных ресурсов,
баз (банков) данных, реестров (регистров) в здравоохранении в отношении

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) пациента (заполняется в случае
дачи согласия (отказа), отзыва согласия лицом, указанным в части второй статьи 18 Закона
Республики Беларусь О здравоохранении)

_____ (подпись) _____ (инициалы, фамилия пациента, или лиц, указанных в
части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь; О здравоохранении)

_____ (подпись) _____ (инициалы, фамилия медицинского работника)
_____ 20__ г.

Приложение 3
к Политике Оператора

Согласие субъекта персональных данных
на обработку персональных данных

Я, _____,

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)

дата рождения _____

идентификационный номер _____,

(при отсутствии такого номера - номер документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных)

документ, удостоверяющий личность: _____

(заполняется в случае отсутствия идентификационного номера)

серия _____ номер _____ кем выдан _____

(заполняется в случае отсутствия идентификационного номера)

_____ дата выдачи _____

(заполняется в случае отсутствия идентификационного номера)

в соответствии со статьей 5 Закона Республики Беларусь от 07.05.2021 N 99-3 «О защите персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных.

С моим правом отозвать свое согласие в порядке, установленном Законом Республики Беларусь от 07.05.2021 N 99-3 ;О защите персональных данных, ознакомлен(а).

(подпись)

(инициалы, фамилия субъекта персональных данных)

(подпись)

(инициалы, фамилия работника Оператора, принявшего заявление)

_____ 20__ г.

Приложение 4
к Политике Оператора

Главному врачу
учреждения здравоохранения
«Гродненский областной
эндокринологический диспансер»

(ФИО главного врача)

Заявление субъекта персональных данных

Я, _____,

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется))

дата рождения _____

адрес места жительства (места пребывания) _____,

идентификационный номер _____,

(при отсутствии такого номера - номер документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных, в случаях, если эта информация указывалась субъектом персональных данных при даче своего согласия оператору или обработка персональных данных осуществляется без согласия субъекта персональных данных)

документ, удостоверяющий личность: _____

(заполняется, в случае отсутствия идентификационного номера)

серия _____ номер _____ кем выдан _____

(заполняется, в случае отсутствия идентификационного номера)

дата выдачи _____

(заполняется, в случае отсутствия идентификационного номера)

в соответствии с Законом Республики Беларусь от 07.05.2021 N 99-3 «О защите персональных данных»;

(изложение сути требований (отзыв согласия; получение информации, касающейся обработки своих персональных данных; требование об уточнении персональных данных; получение информации о предоставлении персональных данных третьим лицам; требование прекращения обработки персональных данных; иные, не противоречащие законодательству Республики Беларусь, требования)

(подпись)

(инициалы, фамилия субъекта персональных данных)

(подпись)

(инициалы, фамилия работника Оператора, принявшего заявление)

_____ 20__ г.