

**Выдача справок о том, что гражданин не состоит на учете у врача – психиатра, осуществляется при наличии постоянной или временной регистрации в г. Тюмени.**

Граждане, ранее состоящие на регистрационном учете в г. Тюмени могут получить справку за период соответствующий сроку регистрации.

**Для получения справки о том, что гражданин не состоит на учете у врача – психиатра, при личном обращении при себе необходимо иметь:**

1. Паспорт с отметкой о регистрации в г.Тюмени (при отсутствии отметки в паспорте – обязательно наличие отметки о временной регистрации по месту пребывания в г. Тюмени).

**При направлении запроса по электронной почте [tokpb@med-to.ru](mailto:tokpb@med-to.ru) необходимо прикрепить к письму скан следующих документов:**

- 1.Заявление на имя главного врача.
2. Согласие на обработку персональных данных
3. Полностью указать почтовый адрес.

В течение 30 календарных дней на указанный вами почтовый адрес будет направлен ответ на Ваш запрос заказным письмом.

Кроме того, гражданин имеет право обратиться в медицинское учреждение по месту пребывания для запроса сведений. В этом случае запрос направит медицинское учреждение.

Просим обратить внимание! Запрос в медицинском учреждении может быть платным.

Главному врачу ГБУЗ ТО «ОКПБ»  
Е.В. Родяшину.  
от

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Проживающий (ая) по адресу:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
дата рождения: \_\_\_\_\_  
тел: \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

### О выдаче медицинских документов

В соответствии с пунктом 4-5 ст.22 Федерального Закона РФ №323 от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» руководствуясь приказом Минздрава РФ №502-н от 05 мая 2012 года «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».

**Прошу выдать справку о состоянии моего здоровья с указанием отсутствия нахождения на диспансерном наблюдении у врача – психиатра.**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_

ОТВЕТ ПОЛУЧИТЬ \_\_\_\_\_  
(лично / по почте)

**Типовая форма согласия  
субъекта персональных данных, обратившегося в медицинскую организацию, на обработку его персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

Паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(серия и номер)

\_\_\_\_\_ (дата и наименование выдавшего органа)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (по месту регистрации)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку государственному бюджетному учреждению здравоохранения Тюменской области «Областная клиническая психиатрическая больница», расположенному по адресу: 625530, Тюменская область, Тюменский район, п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19 (далее - Оператор) моих персональных данных, **включающих:** данные об идентификации личности пациента, о состоянии здоровья пациента,

**в целях:** организации и оказания медицинской помощи.

Предоставляю Оператору право осуществлять при обработке моих персональных данных все действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, **включая** сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в информационные хранилища (электронную базу данных, списки, реестры, регистры), а также учетные и отчетные формы в электронном и бумажном исполнении.

Оператор вправе осуществлять обработку моих персональных данных централизованно в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, отраслевой информационной системе здравоохранения Тюменской области.

Оператор имеет право получать и передавать мои персональные данные, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, с использованием средств автоматизации и без использования таких средств, на материальных носителях, в том числе в бумажном виде в следующие государственные органы, организации (учреждения): регламентируемые законодательством РФ и территориальными органами самоуправления в отношении здоровья пациента.

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

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

Для контроля качества оказываемых мне медицинских услуг, я подтверждаю своё согласие, на сбор речевой информации при оказании мне медицинских услуг в данной медицинской организации.

Настоящим я подтверждаю, что данные речевой информации могут быть предоставлены Департаменту здравоохранения Тюменской области с целью контроля соблюдения этики и качества оказанных мне медицинских услуг.

В случае несогласия на сбор речевой информации пациенту необходимо собственноручно вписать отказ и утвердить его личной подписью.

Незаполненная графа «Подпись субъекта персональных данных» толкуется, как согласие пациента на сбор речевой информации.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ и действует бессрочно, в случае, если согласие не отозвано в письменной форме.  
(дата)

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, которое может быть направлено 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 и предоставления соответствующей медико-статистической информации.