

F010 Формуляр заявки на регистрацию пациента в Брюссельской системе здравоохранения с добровольным и осознанным согласием

Документ необходимо направить на адрес администрации Abrumet – 11 rue de la Montagne, 1000 Bruxelles или на электронную почту info@abrumet.be

Я,
нижеподписавшийся,

1/ Заинтересованное лицо (пациент)

Гос. номер Дата рождения
Фамилия (заглавными Пол:
буквами) Ж М
Имена

Адрес

E-mail

№ моб. телефона

2/ Доверенное лицо

(Доверенные лица, указанные пациентом, также должны быть зарегистрированы в Брюссельской системе здравоохранения. Пожалуйста, заполните и подпишите специальный формуляр)

Гос. номер Дата рождения
Фамилия (заглавными Пол:
буквами) Ж М
Имена

Адрес

E-mail

№ моб. телефона

- Добровольно прошу зарегистрировать меня в Брюссельской системе здравоохранения, позволяющей субъектам здравоохранения, с которыми у меня есть терапевтическая связь, обмениваться касающимися меня медицинскими документами. Этот источник дополнительной медицинской информации остается факультативным для субъектов здравоохранения и не может считаться исчерпывающим. Брюссельская система здравоохранения находится в ведении Abrumet.
- Регистрация в Брюссельской системе здравоохранения означает согласие на обмен данными на государственном уровне в контексте непрерывности лечения. Дополнительную информацию по этому вопросу вы найдете на сайте www.masante.belgique.be

Документ необходимо направить на адрес администрации Abrumet – 11 rue de la Montagne, 1000 Bruxelles или на электронную почту info@abrumet.be

- Я добровольно прошу зарегистрировать вышеупомянутое лицо в качестве доверенного лица в Брюссельской системе здравоохранения. Меня проинформировали, что это доверенное лицо имеет те же права, что и я, на данные о моем здоровье, распространяемые через системы здравоохранения.
- Я заявляю, что ознакомился с [правилами, касающимися защиты конфиденциальности](#), которые описывают, как Брюссельская система здравоохранения соответствует требованиям GDPR:
 - i. Брюссельская система здравоохранения обеспечивает обмен медицинскими данными в строгом порядке и исключительно в рамках непрерывности лечения.
 - ii. Пациент может реализовать свои права (такие как право на доступ, исправление и удаление касающихся его данных, передаваемых через системы здравоохранения), связавшись либо напрямую с контроллером данных, либо через некоммерческое объединение Abrumet, которое будет выступать в качестве его субподрядчика, и в случае необходимости прибегнуть к помощи своего доверенного лица.
 - iii. Пациент в течение всего времени сохраняет контроль за назначением и отзывом лиц, которые имеют доступ к данным, передаваемым через системы здравоохранения (таких как субъекты здравоохранения и доверенное лицо), и может при необходимости прибегнуть к помощи своего доверенного лица.
 - iv. Пациент в любое время может получить список всех лиц, которые имели доступ к данным о его здоровье, переданным через системы здравоохранения, и при необходимости прибегнуть к помощи своего доверенного лица. Пациент в любое время может добавлять и изменять разрешения из своего личного кабинета на веб-сайте www.reseausantebuxellois.be или через поставщика медицинских услуг.
- Я обязуюсь соблюдать вышеупомянутые правила.

Данный формуляр предназначен для административного менеджера Abrumet, который выступает в качестве GDPR-субподрядчика субъектов здравоохранения, связанных с Брюссельской системой здравоохранения, и настоящим я прошу его обеспечить указанную регистрацию.

Город

Дата

Подпись пациента

Пожалуйста, приложите копию обеих сторон удостоверений личности пациента и, в зависимости от обстоятельств, доверенного лица.

Права заинтересованного лица, предусмотренные **GDPR** (право доступа, право на изменение и т. д.), должны осуществляться через контролера данных. Однако, чтобы обеспечить эффективное осуществление этих прав, запрос может при необходимости быть адресован сотруднику по защите данных Abrumet – Брюссельской системы здравоохранения (dpo@abrumet.be), который в кратчайшие сроки направит его для изучения компетентному контролеру.