

СОГЛАСИЕ

на предоставление медицинской документации и сведений о состоянии здоровья в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)

Я, _____, дата рождения _____ г., документ, удостоверяющий личность: _____, серия _____ № _____, выдан _____ г., зарегистрированный (ая) по адресу: _____,

(заполняется законным представителем, на лиц, не достигших возраста 14 лет, или недееспособных граждан): являясь законным представителем несовершеннолетнего/ недееспособного лица

(ФИО несовершеннолетнего/ недееспособного лица)

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе статьей 91.1, 94 постановлением Правительства Российской Федерации от 09.02.2022 № 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения», Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 N 659 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг", действуя своей волей и в своем интересе либо в интересах представляемого лица,

☐ **СОГЛАСЕН на обработку и передачу сведений в ЕГИСЗ**

☐ **НЕ СОГЛАСЕН на обработку и передачу сведений в случаях, когда законодательством предусмотрено подучение согласия**

Оператору — Обществу с ограниченной ответственностью «Югория-Дент», ИНН 8905055057, ОГРН 1138905001542, юридический адрес: ЯНАО, г.

Муравленко, ул. Ленина, д.79, кв. 18 (далее — **Оператор**), на обработку и передачу моих / представляемого мною лица (нужное подчеркнуть)

персональных данных и сведений о состоянии здоровья в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (далее —

ЕГИСЗ) в случаях и порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации, в целях обеспечения предусмотренного законодательством информационного взаимодействия в сфере здравоохранения, а также предоставления гражданину возможности доступа к медицинской документации и сведениям о состоянии здоровья в электронной форме.

ООО «АЙДЕНТ», ИНН 7839410875, ОГРН 1097847270509, юридический адрес: 190020 г. Санкт-Петербург, Внутригородская территория муниципальный округ Екатерингофский, ул. Лифляндская, д.6, корпус 6, литер С, офис 207,208/510,511; осуществляющего обработку персональных данных по поручению оператора.

Согласие предоставляется на обработку и передачу в ЕГИСЗ следующих персональных данных и сведений о состоянии здоровья в случаях, когда их предоставление осуществляется с согласия гражданина (его законного представителя): фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии); пол; дата рождения; место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; место жительства; место регистрации; дата регистрации; страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования; номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии); анамнез; диагноз; сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность; вид оказанной медицинской помощи; условия оказания медицинской помощи; сроки оказания медицинской помощи; объем оказанной медицинской помощи, включая сведения об оказанных медицинских услугах; результат обращения за медицинской помощью; серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии); сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты; примененные клинические рекомендации; сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую помощь, проводивших медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования.

Настоящее согласие не распространяется на сведения, предоставление которых в ЕГИСЗ осуществляется медицинской организацией в силу прямого требования законодательства Российской Федерации и не требует согласия гражданина.

Отказ от предоставления настоящего согласия либо отзыв согласия не препятствует обработке и передаче сведений в случаях, когда такая обработка и передача предусмотрены законодательством Российской Федерации независимо от наличия согласия гражданина.

Обработка персональных данных осуществляется путем сбора, записи, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), извлечения, использования, передачи (предоставления, доступа), блокирования, удаления и уничтожения персональных данных, в том числе с использованием информационных систем и средств автоматизации.

Я предупрежден(а), что обработка моих / представляемого мною лица персональных данных осуществляется с соблюдением требований конфиденциальности, принципов и правил обработки персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также с применением необходимых правовых, организационных и технических мер, обеспечивающих защиту персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения, а также от иных неправомерных действий.

Согласие действует до достижения целей предоставления медицинской документации и (или) сведений о состоянии здоровья в ЕГИСЗ либо до его отзыва, за исключением случаев, когда дальнейшая обработка и хранение соответствующих сведений допускаются или требуются законодательством Российской Федерации. Согласие может быть отозвано путем подачи Оператору письменного заявления об отзыве согласия либо иным способом, позволяющим подтвердить факт его получения Оператором.

Я подтверждаю, что содержание настоящего согласия, цели обработки и передачи персональных данных и сведений о состоянии здоровья в ЕГИСЗ, перечень передаваемых данных, порядок обработки персональных данных, срок действия согласия и порядок его отзыва мне понятны.

« _____ » _____ 20 ____ г.

подпись

Ф.И.О.