

**Информированное согласие пациента  
на обработку и передачу персональных данных,  
а также на обработку и передачу специальных категорий персональных данных**

Я,

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

дата рождения: \_\_\_\_\_ г.р., зарегистрированный(ая) по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации по месту жительства)

фактически проживающий(-ая) по адресу:

основной документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_

(наименование документа, удостоверяющего личность)

телефон: \_\_\_\_\_ электронная почта: \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_

(заполняется при наличии у субъекта персональных данных сведений о СНИЛС)

в соответствии с требованиями статей 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», статьей 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», свободно, своей волей и в своем интересе **выражаю ООО «Газпром трансгаз Москва»**, зарегистрированному по адресу: Российская Федерация, г. Москва (далее – Оператор), свое согласие на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства (пребывания), место работы, контактные телефоны, адрес электронной почты, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, выписанных рецептах и лекарственных средствах, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, оформления листка нетрудоспособности, справки, выдаваемой учреждениями медико-социальной экспертизы (при наличии), и другую информацию – в медико-профилактических целях, в целях оказания медицинских услуг, включая установление медицинского диагноза, предоставления медико-профилактических услуг, социальных услуг, государственных и муниципальных услуг, осуществления иных, связанных с этим мероприятий, при условии обеспечения сохранности врачебной тайны.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе специальные категории персональных данных, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения, в том числе в порядке взаимодействия с иными медицинскими организациями, привлекаемыми Оператором для оказания мне медицинской помощи.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и на бумажном носителе), обезличивание, уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, блокирование, уничтожение, внесение их в электронную базу данных Медицинской информационной системы (далее – МИС), включения в списки (реестры, регистры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные законодательством Российской Федерации, обмен (прием и передачу) персональными данными между МИС и единой государственной информационной системой здравоохранения (далее – ЕГИСЗ), порталом государственных и муниципальных услуг (функций), главным управлением ЗАГС, территориальным фондом ОМС и страховыми медицинскими организациями, Единым порталом государственных и

муниципальных услуг (функций), Единой автоматизированной информационной системой «Социальная защита и социальное обслуживание населения», федеральным бюро медико-социальной экспертизы, федеральной интегрированной электронной медицинской картой, Фондом социального страхования, его региональными филиалами, обособленными структурными подразделениями с обеспечением их защиты от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Я разрешаю/не разрешаю (ненужное зачеркнуть) предоставлять сведения о фактах моего обращения за медицинской помощью и состоянии здоровья, диагнозе, в т.ч. через регистратуру, а также в случаях неблагоприятного<sup>1</sup> прогноза развития моего заболевания следующим лицам

- работодатель \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью, контактный телефон)
- супруг(а) \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью, контактный телефон)
- мать \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью, контактный телефон)
- отец \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью, контактный телефон)
- сын \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью, контактный телефон)
- дочь \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью, контактный телефон)
- иные лица \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью, контактный телефон)

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

Согласие вступает в силу с даты его подписания и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Подпись пациента/законного представителя пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

Дата: 2025г.

Пациент подписался в моем присутствии: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись врача) (расшифровка с указанием должности)

Заполняется, если пациент не может самостоятельно прочесть информированное согласие, но может его подписать.

Информированное согласие прочитано пациенту вслух \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. врача, должность)

Информированное согласие разъяснено и понятно, доведено до пациента в доступной для понимания форме. Заполнено в моем присутствии:

\_\_\_\_\_

(подпись)

(ФИО, должность)

Удостоверяет присутствующий при беседе (свидетель) врач

\_\_\_\_\_

(подпись)

(ФИО, должность)

Заполняется, если пациент по тяжести состояния не может подписаться из-за когнитивного снижения

\_\_\_\_\_

(указать в чем состоит тяжесть)

не может прочесть и подписать данное согласие.

Решение о общем плане обследования и лечения принимается коллегиально (консилиумом) - пункты 9, 10 статьи 20 № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г.

Врач \_\_\_\_\_

(указать в чем состоит тяжесть)

\_\_\_\_\_

подпись

ФИО

Врач \_\_\_\_\_

(наименование организации)

\_\_\_\_\_

подпись

ФИО

Врач отделения \_\_\_\_\_

(наименование организации)

\_\_\_\_\_

подпись

ФИО

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup>Заполняется по желанию субъекта персональных данных