

## СОГЛАСИЕ / ОТКАЗ

### гражданина на размещение информации в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_

#### **Дополнительно заполняется в отношении несовершеннолетних (до 18 лет):**

Являюсь законным представителем моего ребенка:

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года рождения и действую в его интересах

#### **(адрес регистрации) Получил следующую информацию:**

В соответствии со ст.ст. 91-94 федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», в целях обеспечения доступа граждан к услугам в сфере здравоохранения в электронной форме, а также взаимодействия информационных систем в сфере здравоохранения уполномоченным федеральным органом исполнительной власти создается, развивается и эксплуатируется единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (далее - ЕГИСЗ).

В соответствии с лицензионными требованиями<sup>1</sup>, при осуществлении медицинской деятельности ООО «Медсервис Каменск» обязано разместить информацию в ЕГИСЗ в соответствии со статьей 91.1 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и Положением о ЕГИСЗ<sup>2</sup> посредством медицинской информационной системы ООО «РЕНОВАЦИО СОФТ», соответствующей установленным требованиям.

В состав размещаемой в ЕГИСЗ информации входит медицинская документация и (или) сведения о состоянии здоровья гражданина, предоставленные с согласия гражданина (его законного представителя).

#### **1. Заполняется в случае согласия на размещение информации в ЕГИСЗ:**

Я разрешаю передавать мою (моего несовершеннолетнего ребенка) медицинскую документацию и (или) сведения о состоянии моего (моего несовершеннолетнего ребенка) здоровья в ЕГИСЗ в порядке, установленном законодательством, для чего предоставляю страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС):

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы) / \_\_\_\_\_  
(подпись)

#### **2. Заполняется в случае отказа в размещении информации в ЕГИСЗ:**

Я НЕ разрешаю передавать мою (моего несовершеннолетнего ребенка) медицинскую документацию и (или) сведения о состоянии моего (моего несовершеннолетнего ребенка) здоровья в ЕГИСЗ в порядке, установленном законодательством, для чего страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) не сообщая.

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы) / \_\_\_\_\_  
(подпись)

<sup>1</sup> Постановление Правительства РФ от 01.06.2021 N 852 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации"

<sup>2</sup> Постановление Правительства РФ от 09.02.2022 N 140 "О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения"