Центр
Стоматологической
Имплантологии

+7 (495) 939-30-30
impl.ru
107078, Россия, г. Москва,
улица Садовая-Спасская, дом 19, корп.1.

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПЕРЕДАЧИ ДАННЫХ В ЕГИСЗ (Единая Государственная информационная система в сфере здравоохранения)

ООО «Центр Стоматологической Имплантологии»

Редакция: «01» 09 2026 г.

УТВЕРЖДЕНО

Генеральный директор ООО «Центр Стоматологической Имплантологии»

_____ / И.В. Вуйнова /

Уважаемые пациенты

В соответствии с подпунктом 6 пункта 6 статьи 91.1 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323) медицинские организации являются поставщиками информации в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (далее – ЕГИСЗ).

Согласно п. 36 Положения о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (утверждено Постановлением Правительства Российской Федерации от 09.02.2022 г. № 140 (далее – Положение № 140) поставщики информации обязаны размещать информацию в единой системе в составе, порядке и сроки, которые приведены в приложении N 1 к Положению № 140, в соответствии с которыми ЕГИСЗ содержит сведения, в том числе о медицинских организациях частной системы здравоохранения и предусмотрена необходимость передачи от них сведений о лицах, получающих медицинскую помощь.

Таким образом, медицинские организации частной системы здравоохранения, не реализовавшие интеграцию с ЕГИСЗ, не выполняют требования Федерального закона № 323 и нарушают положения постановления № 140 в части обеспечения доступа граждан к услугам в сфере здравоохранения в электронном виде.

Кроме того, размещение информации в ЕГИСЗ в соответствии с подпунктом «е» пункта 6 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852 является лицензионным требованием, за нарушение которого, предусмотрена ответственность, согласно ч.ч. 3 - 4 ст. 14.1 КоАП РФ (вплоть до приостановления деятельности клиники).

В соответствии с п. 21, 22, 25 Приложения 1 к Положению № 140, сведениями, передаваемыми в ЕГИСЗ, в том числе, являются: сведения о записи на приём и о факте приёма, сведения о медицинской документации, сформированной по результатам приема врача.

Кроме того, в соответствии с п. 26 Приложения 1 к Положению № 140 в ЕГИСЗ передаются сведения, указанные в ст. 94 Федерального закона № 323 в отношении персонифицированного учёта лиц, получающих медицинскую помощь:

1) фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии);
2) пол;
3) дата рождения;
4) место рождения;
5) гражданство;
6) данные документа, удостоверяющего личность;
7) место жительства;
8) место регистрации;
9) дата регистрации;
10) страховой номер индивидуального лицевого счета СНИЛС (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования;
11) номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии);
12) анамнез;
13) диагноз;

+7 (495) 939-30-30
impl.ru
107078, Россия, г. Москва,
улица Садовая-Спасская, дом 19, корп.1.

14) сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность;
15) вид оказанной медицинской помощи;
16) условия оказания медицинской помощи;
17) сроки оказания медицинской помощи;
18) объем оказанной медицинской помощи, включая сведения об оказанных медицинских услугах;
19) результат обращения за медицинской помощью;
20) серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии);
21) сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты;
22) примененные клинические рекомендации;
23) сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую помощь, проводивших медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования.

Сведения, предусмотренные в п. 26 Приложения 1 к Положению № 140 обезличиваются в ЕГИСЗ в порядке, предусмотренном Приказом Минздрава России от 14.06.2018 N 341н "Об утверждении Порядка обезличивания сведений о лицах, которым оказывается медицинская помощь, а также о лицах, в отношении которых проводятся медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования" (с 1 сентября 2025 года - Приказом Минздрава России от 20.03.2025 N 139н "Об утверждении Порядка обезличивания сведений о лицах, которым оказывается медицинская помощь, а также о лицах, в отношении которых проводятся медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования"). В соответствии с указанными Приказами в случае выявления фактов неполноты и (или) недостоверности представленных в единую систему сведений, такие сведения автоматически возвращаются поставщику информации в единую систему для устранения неполноты и (или) недостоверности сведений, повторного формирования и представления сведений в единую систему.

Кроме того, в соответствии с «Правилами взаимодействия иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг, с информационными системами в сфере здравоохранения и медицинскими организациями», утвержденных Постановлением Правительства РФ от 12.04.2018 N 447 (далее Правила № 447) информационная система клиники может взаимодействовать с информационными системами в сфере здравоохранения при наличии страхового номера индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе персонифицированного учета Пенсионного фонда Российской Федерации (СНИЛС). Обращаем Ваше внимание, что сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну (ч. 1 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ). Вместе с тем, в соответствии с п. 8 ч. 4 ст. 13 указанного Федерального закона предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных.

На основании вышеизложенного, сообщаем, что с целью соблюдения законодательства в сфере здравоохранения, а также обеспечения доступа граждан к услугам в сфере здравоохранения в электронном виде, Вам необходимо предоставлять клинике указанные данные, включая СНИЛС.

Также в соответствии с п. 27 Приложения 1 к Положению № 140 в ЕСИГС передаются медицинская документация и (или) сведения о состоянии здоровья гражданина, полученные с согласия гражданина (его законного представителя).

В случае нежелания предоставлять данные СНИЛС, а также нежелании передавать медицинскую документацию и сведения о состоянии здоровья в ЕГИСЗ, Вам необходимо заполнить бланк отказа в предоставлении персональных данных в ЕГИСЗ.

С Уважением, Администрация клиники

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ДЛЯ ПЕРЕДАЧИ В ЕГИСЗ

Я (далее – Субъект персональных данных)
Пациент {ФИОПациента}, {ДатаРожденияПациента}, {ТелефонПациента}, {ПаспортныеДанныеПациента}, {СНИЛСПациента}

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» разрешаю в **Общество с ограниченной ответственностью «Центр Стоматологической Имплантологии»**, обработку моих персональных данных в целях исполнения Оператором положений п. 6 ст. 91.1 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в соответствии с которым Оператор в качестве медицинской организации является поставщиком информации в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (далее - ЕГИСЗ) и передает в ЕГИСЗ сведения, в соответствии с указанным Федеральным законом.

Я даю согласие Оператору на обработку следующих моих персональных данных, указанных в пп. 4 п. 3 ст. 91.1. и ст. 94 указанного Федерального закона, а также в Постановлении Правительства РФ от 09.02.2022 N 140 "О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения" (вместе с "Положением о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения"):

1) фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии);
2) пол;
3) дата рождения;
4) место рождения;
5) гражданство;
6) данные документа, удостоверяющего личность;
7) место жительства;
8) место регистрации;
9) дата регистрации;
10) страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования;
11) номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии);
12) анамнез;
13) диагноз;
14) вид оказанной медицинской помощи;
15) условия оказания медицинской помощи;
16) сроки оказания медицинской помощи;
17) объем оказанной медицинской помощи, включая сведения об оказанных медицинских услугах;
18) результат обращения за медицинской помощью;
19) серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии);
20) сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты;
21) примененные клинические рекомендации;

Обработка моих персональных данных включает любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых Оператором для достижения указанных выше целей 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, а также иные действия с моими Персональными данными с учетом действующего законодательства.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской документации, который определяется законодательством РФ. Срок хранения амбулаторной карты стоматологического пациента составляет пять лет. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа на имя Оператора, при этом я проинформирован, что у Оператора все равно остаются основания для обработки моих Персональных данных, предусмотренные законодательством РФ. Подписывая согласие на обработку моих персональных данных, я подтверждаю, что имел (а) возможность задать необходимые вопросы, получить на них ответы и, и, давая данное согласие, действую добровольно и осознанно.

Подпись _____ /{ФИОПациента}
{ДатаДоговора}

Руководителю Организации
ООО "Центр Стоматологической Имплантологии"
Вуйнова Ирина Валерьевна

От {ФИОПациента}
(ФИО полностью)
Зарегистрированного по адресу
{АдресРегистрацииПациента}

{ПаспортныеДанныеПациента}

{Дата}

Отказ от передачи персональных данных в
Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения

Я, {ФИОПациента} {ДатаРожденияПациента}
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированная по адресу: {АдресРегистрацииПациента}
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)
при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в ООО "Центр Стоматологической Имплантологии"
(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от передачи моих персональных данных (ФИО, дата рождения, место регистрации, номер документа удостоверяющего личность, СНИЛС) в ЕГИСЗ на основании п\п «е» пункта 3 Положения о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 9 февраля 2022 г. N 140 "О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения".
Мне разъяснили, и я понимаю все последствия своего отказа.

/

_____ / {ФИОПациента}
Подпись / Расшифровка подписи