

# МИНОБРНАУКИ РОССИИ

## Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный университет имени В.Н. Татищева» (Астраханский государственный университет им. В.Н. Татищева)

### ПРИКАЗ

13.12.2024

№ 08-01-01/2096

Об утверждении формы согласия  
на обработку персональных данных,  
формы информированного добровольного  
согласия на медицинское вмешательство и  
формы отказа от видов медицинских  
вмешательств, на которые граждане дают  
информированное добровольное согласие  
в медицинском центре ФГБОУ ВО  
«Астраханский государственный  
университет им. В.Н. Татищева»

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 № 152-ФЗ «О персональных данных», приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 № 390н, Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12.11.2021 № 1051Н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства», Устава ФГБОУ ВО «Астраханский государственный университет им. В.Н. Татищева», Положения о Медицинском центре ФГБОУ ВО «Астраханский государственный университет им. В.Н. Татищева»

#### **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить следующие типовые формы:
  - 1.1. Форма согласия на обработку персональных данных в Медицинском центре ФГБОУ ВО «Астраханский государственный университет им. В.Н. Татищева» (приложение №1);
  - 1.2. Форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в Медицинском центре ФГБОУ ВО «Астраханский государственный университет им. В.Н. Татищева» (приложение №2);
  - 1.3. Форма отказа от видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие в Медицинском центре ФГБОУ ВО «Астраханский государственный университет им. В.Н.

Татищева» (приложение №3).

2. Главному врачу Медицинского центра ФГБОУ ВО «Астраханский государственный университет им. В.Н. Татищева» обеспечить обработку и хранение форм в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации (отв. Сучков Г.И.).

3. Разместить настоящий приказ на сайте Университета в разделе «Медицинский центр» (отв. Васильева З.А.).

4. Начальнику общего отдела осуществить рассылку настоящего приказа руководителям структурных подразделений ФГБОУ ВО «Астраханский государственный университет им. В.Н. Татищева» (отв. Безниско М.И.).

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на главного врача Медицинского центра ФГБОУ ВО «Астраханский государственный университет им. В.Н. Татищева» Сучкова Г.И.

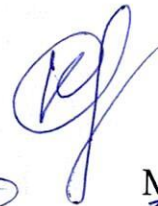
И.о. ректора



И.А. Алексеев

## СОГЛАСОВАНО

И.о. начальника управления правового  
и организационного обеспечения



Д.В. Ковалев

Начальник общего отдела



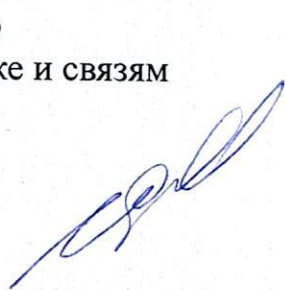
М.И. Безниско  
10.12.2024

Начальник управления по  
информационной политике и связям  
с общественностью



З.А. Васильева

Главный врач



Г.И. Сучков

Приложение №1  
к приказу от «13» 12 2024 № 28-01-01/2096

### Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью),  
проживающий по адресу (по месту регистрации) \_\_\_\_\_,  
паспорт (серия и номер) \_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку в медицинском центре ФГБОУ ВО «Астраханский государственный университет им. В.Н. Татищева» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

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

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ и действует бессрочно.  
(дата)

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.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон(ы) \_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

Приложение №2  
к приказу от «13» 12 2024 № 04-01-01/2096

### Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, либо законного представителя)  
«\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)  
в отношении \_\_\_\_\_

(Ф.И.О пациента при подписании согласия законным представителем)  
«\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5.05.2012 г. № 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в медицинском центре ФГБОУ ВО «Астраханский государственный университет им. В.Н. Татищева»

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»  
Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

«\_\_» \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

Приложение №3  
к приказу от «13» 12 2024 № 02-01-01/2096

Отказ от видов медицинских вмешательств,  
на которые граждане дают информированное добровольное согласие

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, дата рождения гражданина либо законного представителя)  
«\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
в отношении \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(Ф.И.О. пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в медицинском центре ФГБОУ ВО «Астраханский государственный университет им. В.Н. Татищева» отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 № 390н

\_\_\_\_\_ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

\_\_\_\_\_ (указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

«\_\_» \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)