

**ОТКАЗ  
ОТ ПЕРЕДАЧИ СВЕДЕНИЙ В ЕДИНУЮ ГОСУДАРСТВЕННУЮ ИНФОРМАЦИОННУЮ СИСТЕМУ В СФЕРЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ЕГИСЗ)**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

\_\_\_\_\_ /  
(указать наименование документа, удостоверяющего личность гражданина, серия и номер документа, дата выдачи, кем выдан)

СНИЛС: \_\_\_\_\_  
(номер СНИЛС при наличии)

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

\_\_\_\_\_ /  
(адрес регистрации гражданина)

Проживающий(ая) по адресу:

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

настоящим **заявляю об отказе от передачи моих персональных данных, сведений о состоянии моего здоровья, оказанных мне медицинских услугах и другой медицинской информации в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ).**

Медицинским работником \_\_\_\_\_ ООО «ЛАГНА»  
(ФИО медицинского работника) (наименование юридического лица)

в доступной для меня форме мне разъяснены, и я осознаю, что данный отказ может повлечь следующие последствия:

1. Отсутствие возможности оперативного доступа медицинских организаций к моей медицинской информации, что может привести к задержкам в оказании медицинской помощи в случае экстренных ситуаций.
2. Ограничения при получении медицинской помощи в других медицинских учреждениях, в том числе в рамках программ обязательного медицинского страхования (ОМС) и добровольного медицинского страхования (ДМС), поскольку мои медицинские данные не будут доступны в федеральной системе.
3. Возможные затруднения при назначении лечения, диагностике, получении медицинских услуг и проведении медицинских экспертиз, поскольку врачи не смогут оперативно ознакомиться с историей моих заболеваний, результатами анализов, назначенным лечением и иными сведениями.
4. Отсутствие автоматического учета льгот, предоставляемых в сфере здравоохранения (например, бесплатных лекарств по льготным рецептам, медицинских квот, диспансерного наблюдения и других социальных гарантий, требующих подтверждения медицинского диагноза через ЕГИСЗ).
5. Невозможность использования электронного документооборота в сфере здравоохранения, включая электронные рецепты, медицинские справки, листки нетрудоспособности и иные документы, хранящиеся в системе ЕГИСЗ.
6. Ограничение в получении телемедицинских услуг, поскольку дистанционное взаимодействие с врачами требует наличия медицинских данных в информационной системе.
7. Сложности при участии в диспансеризации, профилактических осмотрах и других программах государственной медицины, направленных на контроль и улучшение здоровья граждан.

Я осведомлен(а), что отказ от передачи моих персональных данных в ЕГИСЗ не освобождает медицинскую организацию от обязанности вести мою медицинскую документацию в установленном порядке, но вся информация останется исключительно в локальных базах ООО «ЛАГНА».

Настоящий отказ действует до момента его письменного отзыва.

Содержание настоящего документа мною прочитано, мне разъяснено и полностью понятно. Дополнительных разъяснений не требуется, что удостоверяю своей подписью.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.