

**ПРИКАЗ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИДНЕСТРОВСКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

Об утверждении формы согласия пациента на обработку персональных данных

Зарегистрирован Министерством юстиции
Приднестровской Молдавской Республики 1 октября 2025 г.
Регистрационный № 13388

В соответствии с Законом Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года № 29-3 «Об основах охраны здоровья граждан» (СЗМР 97-1), Законом Приднестровской Молдавской Республики от 16 апреля 2010 года № 53-3-IV «О персональных данных» (САЗ 10-15), Постановлением Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 19 августа 2024 года № 378 «Об утверждении Положения, структуры и предельной штатной численности Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики» (САЗ 24-35) с изменениями и дополнением, внесенными постановлениями Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 28 октября 2024 года № 437 (САЗ 24-44), от 24 февраля 2025 года № 40 (САЗ 25-8), в целях упорядочения статистической медицинской отчетности медицинских организаций, а также в целях обеспечения прав и свобод человека и гражданина на защиту персональных данных, на добровольное согласие, как предварительное условие для обработки персональных данных, приказываю:

1. Утвердить для использования в медицинских организациях Приднестровской Молдавской Республики форму согласия пациента на обработку персональных данных согласно Приложению к настоящему Приказу.

2. Установить, что согласие пациента на обработку персональных данных оформляется однократно при первичном обращении в медицинскую организацию за получением медицинской помощи (медицинских услуг), в виде документа на бумажном носителе по форме, предусмотренной Приложением к настоящему Приказу, и подписывается пациентом, одним из родителей или иным законным представителем или представителем по доверенности, выданной законным представителем пациента, а также работником медицинской организации (оператора).

Согласие пациента на обработку персональных данных может быть сформировано в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной цифровой подписью пациента, одного из родителей или иного законного представителя, или представителя по доверенности, выданной законным представителем пациента, а также работника медицинской организации (оператора).

3. Руководителям медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, обеспечить возможность получения согласия пациента на обработку персональных данных в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью, с 1 декабря 2025 года.

4. Признать утратившими силу Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 6 декабря 2019 года № 839 «Об утверждении формы информированного добровольного согласия пациента на обработку персональных данных» (регистрационный № 9276 от 14 января 2020 года) (САЗ 20-3).

5. Ответственность за исполнение настоящего Приказа возложить на руководителей государственных лечебно-профилактических организаций.

6. Направить настоящий Приказ на государственную регистрацию и официальное опубликование в Министерство юстиции Приднестровской Молдавской Республики.

7. Настоящий Приказ вступает в силу со дня, следующего за днем его официального опубликования.

Министр

г. Тирасполь

23 сентября 2025 г.

№ 813

К. АЛБУЛ

Приложение к Приказу
Министерства здравоохранения
Приднестровской Молдавской Республики
«Об утверждении формы
согласия пациента на обработку
персональных данных»

Министерство здравоохранения ПМР

наименование организации

Код формы по ОКУД _____
Код организации по ОКПО _____
МЕДИЦИНСКАЯ
ДОКУМЕНТАЦИЯ
Утверждена Приказом МЗ ПМР
от «__» _____ 2025 г. № _____

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Дата рождения _____ паспорт серия _____ номер _____

кем и когда выдан _____,

проживающий(ая) по адресу: _____

_____, в соответствии с требованиями
Закона Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года № 29-3 «Об основах
охраны здоровья граждан» (СЗМР 97-1), статьями 6, 9 Закона Приднестровской Молдавской
Республики от 16 апреля 2010 года № 53-3-IV «О персональных данных» (САЗ 10-15) ДАЮ
СОГЛАСИЕ на обработку _____

_____ (наименование медицинской организации) (далее –
Оператор) моих персональных данных, персональных данных представляемого мной ребенка
(сына, дочери) / подопечного (нужное подчеркнуть)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка / подопечного),

включающих: фамилию, имя, отчество (при наличии), пол, дату рождения, адрес места
жительства (места пребывания), контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа
удостоверяющего личность, в том числе свидетельства о рождении), страховой номер

индивидуального лицевого счета в Едином государственном фонде социального страхования Приднестровской Молдавской Республики, место работы, учебы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию (фотографии, видеоматериалы) – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, осуществления иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора. В процессе оказания Оператором мне / представляемому мной ребенку медицинских услуг Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ ПРАВО медицинским работникам (врачам, среднему медицинскому персоналу) передавать мои персональные данные / персональные данные представляемого мной ребенка _____ (нужное подчеркнуть),

в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования, лечения и внутреннего учета Оператора. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ ОПЕРАТОРУ ПРАВО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ все действия с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) в соответствии с законодательством Приднестровской Молдавской Республики, обновление, изменение, использование, передачу (в другую медицинскую организацию), обезличивание, блокирование, уничтожение.

ОПЕРАТОР ИМЕЕТ ПРАВО обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными с иной медицинской организацией с использованием электронных носителей информации, по каналам связи и (или) документов на бумажных носителях, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

В процессе оказания Оператором Мне (моему сыну, дочери в возрасте до 15 (пятнадцати) лет, моему подопечному) _____ (нужное подчеркнуть) 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 (обследования и лечения моего сына, дочери в возрасте до 15 (пятнадцати) лет, моего подопечного) (нужное подчеркнуть).

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие, действующее бессрочно, 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.

Подпись _____ / _____ /

Дата: «__» _____ 20__ г. (фамилия, имя, отчество (при наличии))