

**Порядок ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента, в Диагностическом центре ООО «Диагност»**

1. Настоящий Порядок ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента, в Диагностическом центре ООО «Диагност» (далее – Порядок) разработан в соответствии с частью 4 статьи 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 02 мая 2006 года № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения РФ от 29 июня 2016 г. N 425н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента».

2. Порядок устанавливает правила ознакомления пациента либо его законного представителя с оригиналами медицинской документации, отражающей состояние здоровья пациента и находящейся на рассмотрении в Диагностическом Центре ООО «Диагност» (далее – Центр).

3. Основаниями для ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией является поступление в Центр от пациента либо его законного представителя письменного запроса о предоставлении медицинской документации для ознакомления (далее - письменный запрос).

4. Письменный запрос должен содержать в себе следующие сведения:

- а) фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента;
- б) фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя пациента;
- в) место жительства (пребывания) пациента;
- г) реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента;
- д) реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента (при наличии);
- е) реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента (при наличии);
- ж) период оказания пациенту медицинской помощи в Центре, за который пациент либо его законный представитель желает ознакомиться с медицинской документацией;
- з) почтовый адрес для направления письменного ответа;
- и) номер контактного телефона (при наличии).

5. Формы письменного запроса пациента и законного представителя пациента в Центр приведены в приложениях № 1, 2 к настоящему Порядку.

Указанные формы (бланки запросов) также находятся в регистратуре Центра и выдаются ее работниками пациенту или законному представителю пациента по их просьбе.

Пациент (законный представитель пациента) вправе составить письменный запрос в произвольной форме с обязательным указанием предусмотренных пунктом 4 настоящего Порядка сведений.

6. Пациент либо законный представитель пациента направляет письменный запрос в Центр по почте по адресу: 352900, Краснодарский край, город Армавир, улица Кирова, дом 47 либо вручает его непосредственно уполномоченному должностному лицу Центра.

7. Поступивший в Центр письменный запрос регистрируется в установленном порядке, после чего передается на рассмотрение директора Центра.

8. По результатам рассмотрения письменного запроса директором Центра принимается обоснованное решение о предоставлении либо об отказе в предоставлении медицинской документации для ознакомления пациенту либо законному представителю пациента.

Решение об отказе в предоставлении медицинской документации для ознакомления пациенту либо законному представителю пациента принимается в случае отсутствия в письменном запросе необходимых сведений, указанных в пункте 4 настоящего Порядка либо отсутствия в Центре медицинской документации за запрашиваемый период.

На основании принятого решения работником, уполномоченным директором Центра (далее – уполномоченное лицо Центра) подготавливается письменный ответ пациенту либо законному представителю пациента, который после его подписания директором Центра и регистрации в установленном порядке направляется пациенту либо законному представителю пациента по указанному ими в письменном запросе почтовому адресу.

9. Ознакомление пациента либо его законного представителя с медицинской документацией осуществляется в помещении Центра, предназначенном для ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией (далее - помещение для ознакомления с медицинской документацией).

График работы помещения для ознакомления с медицинской документацией устанавливается директором Центра с учетом графика работы Центра и медицинских работников.

В Центре установлен следующий график работы помещения для ознакомления с медицинской документацией: вторник, четверг с 15 час. 00 мин. до 16 час. 00 мин.

10. В помещении для ознакомления с медицинской документацией ведутся следующие учетные документы:

а) журнал предварительной записи посетителей помещения для ознакомления с медицинской документацией (далее - журнал предварительной записи);

б) журнал учета работы помещения для ознакомления с медицинской документацией (далее - журнал учета работы помещения).

Указанные учетные документы ведутся уполномоченным лицом Центра.

11. В журнал предварительной записи вносятся следующие сведения:

а) фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента;

б) число, месяц, год рождения пациента;

в) место жительства (пребывания) пациента;

г) дата регистрации письменного запроса пациента либо его законного представителя;

д) период оказания пациенту медицинской помощи в Центре, за который пациент либо его законный представитель желает ознакомиться с медицинской документацией;

е) предварительные дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией.

12. В журнал учета работы помещения вносятся следующие сведения:

а) дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией;

б) время выдачи медицинской документации на руки пациенту либо его законному представителю и ее возврата;

в) фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента либо его законного представителя, получившего на руки медицинскую документацию;

г) реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента либо его законного представителя (сведения заполняются на основании документа, удостоверяющего личность пациента либо его законного представителя);

д) реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента (сведения заполняются на основании документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента);

е) фамилия, имя, отчество (при наличии) лечащего врача или другого медицинского работника, принимающего непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении пациента;

ж) вид выданной на руки пациенту либо его законному представителю медицинской документации;

з) личная подпись пациента либо его законного представителя об ознакомлении с медицинской документацией.

Формы журналов предварительной записи и учета работы помещения приведены соответственно в приложениях № 3 и 4 настоящего Порядка.

13. Предварительные дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией, предусмотренные подпунктом "е" пункта 11 настоящего Порядка, устанавливаются с учетом графика работы помещения для ознакомления с медицинской документацией и числа поступивших письменных запросов.

Максимальный срок ожидания пациентом либо его законным представителем посещения кабинета для ознакомления с медицинской документацией с момента регистрации в Центре письменного запроса не должен превышать сроков, установленных требованиями законодательства о порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации, а именно: статьи 12 Федерального закона от 2 мая 2006 года N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации" – 30 дней со дня регистрации письменного запроса.

14. Перед передачей пациенту или его законному представителю для ознакомления оригинала медицинской документации уполномоченным лицом Центра:

а) обеспечивается сохранение копии медицинской документации на бумажном носителе;

б) до сведения пациента либо его законного представителя (при наличии) в устной форме доводится информация о необходимости аккуратного и бережного обращения с предоставленной для ознакомления медицинской документацией.

15. При оказании Центром первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациент имеет право ознакомиться с записями, сделанными медицинским работником в медицинской документации во время приема (посещения на дому).

При желании Пациента ознакомиться с иными записями, кроме сделанными медицинским работником во время приема (посещения на дому), медицинский работник информирует Пациента о его праве обратиться с письменным запросом в Центр и ознакомиться с оригиналами медицинской документации в установленном порядке.

*Приложение № 1 к Порядку ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента, в Диагностическом центре ООО «Диагност»*

**Форма письменного запроса пациента в Диагностический центр  
ООО «Диагност» о предоставлении медицинской документации для  
ознакомления**

В Диагностический центр ООО «Диагност»

от \_\_\_\_\_,  
*(фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента)*  
проживающего (-ей) по адресу:

\_\_\_\_\_  
*(место жительства (пребывания) пациента)*

\_\_\_\_\_  
*(реквизиты документа, удостоверяющего личность)*

тел.: \_\_\_\_\_  
*(номер контактного телефона (при наличии))*

Прошу предоставить медицинскую документацию для ознакомления за следующий период оказания мне медицинской помощи в Диагностическом центре ООО «Диагност» \_\_\_\_\_.\*

Письменный ответ прошу направить мне по адресу:

\_\_\_\_\_  
*(почтовый адрес для направления письменного ответа)*

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
*(дата запроса)*

\_\_\_\_\_  
*(подпись пациента)*

\* Указывается период оказания пациенту медицинской помощи в Диагностическом центре ООО «Диагност», за который пациент желает ознакомиться с медицинской документацией

*Приложение № 2 к Порядку ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента, в Диагностическом центре ООО «Диагност»*

**Форма письменного запроса законного представителя пациента в  
Диагностический центр ООО «Диагност» о предоставлении  
медицинской документации для ознакомления**

В Диагностический центр ООО «Диагност»

от \_\_\_\_\_,  
*(фамилия, имя и отчество (при наличии) законного  
представителя пациента)*

\_\_\_\_\_  
*(реквизиты документа, удостоверяющего личность  
законного представителя)*

\_\_\_\_\_  
*(реквизиты документа, подтверждающие полномочия  
законного представителя пациента)*

тел.: \_\_\_\_\_  
*(номер контактного телефона (при наличии))*

Прошу предоставить мне медицинскую документацию пациента

\_\_\_\_\_  
*(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента)*

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(место жительства (пребывания) пациента)*

\_\_\_\_\_  
*(реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента)*

для ознакомления за следующий период оказания пациенту медицинской помощи в Диагностическом центре ООО «Диагност» \_\_\_\_\_.\*

Письменный ответ прошу направить мне по адресу:

\_\_\_\_\_  
*(почтовый адрес для направления письменного ответа)*

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
*(дата запроса)*

\_\_\_\_\_  
*(подпись пациента)*

\* Указывается период оказания пациенту медицинской помощи в Диагностическом центре ООО «Диагност», за который пациент желает ознакомиться с медицинской документацией

*Приложение № 3 к Порядку ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента, в Диагностическом центре ООО «Диагност»*

**Форма журнала предварительной записи посещений помещения  
для ознакомления с медицинской документацией Диагностического центра ООО «Диагност»**

№ п/п	Фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента	Число, месяц, год рождения пациента	Место жительства (пребывания) пациента	Дата регистрации письменного запроса пациента либо его законного представителя	Период оказания пациенту медицинской помощи в Диагностическом центре ООО «Диагност», за который пациент либо его законный представитель желает ознакомиться с медицинской документацией	Предварительные дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией

Приложение № 4 к Порядку ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента, в Диагностическом центре ООО «Диагност»

**Форма журнала учета работы помещения для ознакомления с медицинской документацией  
Диагностического центра ООО «Диагност»**

№ п/п	Дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией	Время выдачи медицинской документации на руки пациенту либо его законному представителю и ее возврата	Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента либо его законного представителя, получившего на руки медицинскую документацию	Реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента либо его законного представителя*	Реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента **	Фамилия, имя, отчество (при наличии) лечащего врача или другого медицинского работника, принимающего непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении пациента	Вид выданной на руки пациенту либо его законному представителю медицинской документации	Личная подпись пациента либо его законного представителя об ознакомлении с медицинской документацией

\* Сведения заполняются на основании документа, удостоверяющего личность пациента либо его законного представителя

\*\* Сведения заполняются на основании документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента