

**ПОРЯДОК
ОЗНАКОМЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА ЛИБО ЕГО ЗАКОННОГО
ПРЕДСТАВИТЕЛЯ
С МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ, ОТРАЖАЮЩЕЙ СОСТОЯНИЕ
ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА В ГБУЗ НАО «ОКРУЖНОЙ
ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР»**

1. Настоящий Порядок устанавливает правила ознакомления пациента либо его законного представителя с оригиналами медицинской документации, отражающей состояние здоровья пациента и находящейся на рассмотрении в ГБУЗ НАО «Окртубдиспансер» (далее соответственно - медицинская документация).

2. Основаниями для ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией является поступление от пациента, либо его законного представителя письменного запроса о предоставлении медицинской документации для ознакомления (далее - письменный запрос) на имя главного врача ГБУЗ НАО «Окртубдиспансер».

3. Бланк письменного запроса можно получить непосредственно в лечебном подразделении, либо на сайте учреждения (www.naotub.ru).

4. Рассмотрение письменных запросов осуществляется главным врачом ГБУЗ НАО «Окртубдиспансер» или его заместителем по медицинской части.

5. Ознакомление пациента либо его законного представителя с медицинской документацией осуществляется в специальном помещении, расположенном на втором этаже административного корпуса ГБУЗ НАО «Окртубдиспансер».

6. Перед передачей пациенту или его законному представителю для ознакомления оригинала медицинской документации лечащим врачом обеспечивается сохранение копии медицинской документации на бумажном носителе.

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

7. График работы помещения для ознакомления с медицинской документацией: ежедневно в рабочие дни с 13.00 до 15.00.

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

а) журнал предварительной записи посещений 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).

8. Предварительные дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией, 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 медицинской организации письменного запроса не должен превышать 30 дней.

9. Пациенты, которым оказывается медицинская помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, и передвижение которых по медицинским причинам ограничено, в том числе ввиду назначенного режима лечения, имеют право на ознакомление с медицинской документацией непосредственно в структурном подразделении ГБУЗ НАО «Окртубдиспансер», в котором они пребывают.

Сведения о наличии оснований для ознакомления с медицинской документацией непосредственно в структурном подразделении медицинской организации, указываются в письменном запросе и заверяются подписью заведующего соответствующего подразделения ГБУЗ НАО «Окртубдиспансер».

Заведующий структурным подразделением ГБУЗ НАО «Окртубдиспансер» обеспечивает возможность ознакомления пациента с медицинской документацией.

10. При оказании 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).

Главному врачу
ГБУЗ НАО «Окртубдиспансер»
Бобрешову А.Ю.

ОТ _____

(ФИО пациента/законного представителя пациента)

(Адрес места жительства (пребывания))

(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента)

Заявление.

Прошу предоставить медицинскую документацию (амбулаторную карту, медицинскую карту стационарного больного, другое (указать) _____, отражающую состояние здоровья гражданина

за период с _____ по _____.

Почтовый адрес для письменного ответа:

Номер контактного телефона: _____

Дата

Подпись

Сведения о наличии оснований для ознакомления с медицинской документацией непосредственно в структурном подразделении

Дата

Должность

Подпись/расшифровка подписи

Журнал учёта работы помещения для ознакомления с медицинской документацией

№ п/п	дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией	время выдачи медицинской документации и на руки пациенту либо его законному представителю и ее возврата	фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента либо его законного представителя	реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента либо его законного представителя (сведения заполняются на основании документа, удостоверяющего личность пациента либо его законного представителя)	реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента (сведения заполняются на основании документа, подтверждающего полномочия законного представителя)	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 ознакомлены и с медицинской документацией