



ПРИКАЗ № 189  
от 21.11.2016 г.

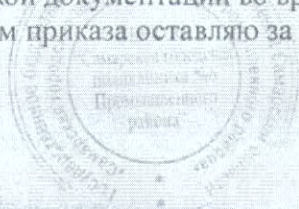
**«Об утверждении правил ознакомления пациента либо его законного представителя с  
медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента»**

В связи со вступлением в законную силу 27.11.2016 года приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.06.2016г. № 425н и во исполнении ч.4 ст.22 323-ФЗ от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», 59-ФЗ от 02.05.2006 года «О порядке рассмотрения обращений граждан РФ»

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

- I. Организовать в кабинете 116 по адресу: г. Самара, проспект Кирова 228 еженедельно по четвергам с 13.00 до 15.00 прием пациентов с целью их ознакомления с медицинской документацией.
- II. Специалисту по связям с общественностью разместить информацию о правилах ознакомления пациента либо его законных представителей с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента на официальном сайте и информационных стендах.
- III. Заведующей регистратурой:
  1. Принимать от пациентов или их законных представителей письменный запрос о предоставлении медицинской документации для ознакомления по установленной форме (приложение 1).
  2. Передавать заместителю главного врача по медицинской части письменные заявления на рассмотрение.
  3. При наличии резолюции о предоставлении пациенту или его законным представителям медицинской документации для ознакомления вносить данные в «журнал предварительной записи посещений помещения для ознакомления с медицинской документацией» в соответствии с приложением 2 и информировать пациента (законных представителей) о дате, времени и месте (№ кабинета) для ознакомления с медицинской документацией. Максимальный срок ожидания ознакомления не должен превышать 30 (тридцати) календарных дней.
  4. Информировать лечащего врача о дате и времени ознакомления пациента или его законных представителей с документацией.
  5. Перед предоставлением пациенту или его законным представителям медицинской документации для ознакомления идентифицировать их личность на основании документа, удостоверяющего личность пациента или его законных представителей. Присутствие третьего лица при ознакомлении с медицинской документацией допускается только при наличии письменного информированного согласия пациента на предоставление третьему лицу сведений, составляющих врачебную тайну, а также идентификации третьего лица на основании документа, удостоверяющего его личность.
  6. Доводить до сведения пациента или его законных представителей информацию о необходимости аккуратного и бережного обращения с предоставленной для ознакомления медицинской документацией.
  7. Вносить сведения в «журнал учета работы помещения» сведения в соответствии с приложением 3.
  8. Заблаговременно в соответствии с предварительной записью готовить медицинскую документацию для ознакомления, обеспечивая сохранение копии медицинской документации на бумажном носителе.
  9. По окончании ознакомления пациента или его законных представителей с медицинской документацией обеспечить ее возврат по месту постоянного хранения.
- IV. Врачам любой специальности, ведущим амбулаторно-поликлинический прием обеспечить право пациента или его законных представителей на ознакомление с записями, сделанными медицинским работником в медицинской документации во время приема (посещения на дому).  
Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Главный врач



С.Л. Гусева

Главному врачу ГБУЗ СО «Самарская городская  
поликлиника №6 Промышленного района»

С.Л. Гусевой

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. пациента или законного представителя)

Место жительства: \_\_\_\_\_

документ, подтверждающий личность: \_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(пациента или законного представителя)

реквизиты документа, подтверждающего полномочия  
законного представителя \_\_\_\_\_

### ЗАПРОС

Прошу предоставить для ознакомления медицинскую документацию \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать: медицинскую карту амбулаторного больного, выписку из дневного стационара и т. д.)

за период: с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года по « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года.

Дату, время и место ознакомления сообщить по адресу:

индекс почтового отделения \_\_\_\_\_

населенный пункт \_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_

ИЛИ по телефону контакта \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.  
(дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)

**Журнал предварительной записи посещений помещения  
для ознакомления с медицинской документацией**

Ф.И.О. пациента/ законного представи- теля	Ключ пациента	Число, месяц, год рождения пациента	Адрес проживания/ регистрации	Дата регистрации письменного запроса пациента/ законного представи- теля	Период оказания пациенту медицинской помощи, запрашиваемый для ознакомления	Предварительные дата и время посещения помещения для ознакомления

**Журнал учета работы помещения**

Дата и время посещения	Время выдачи мед. документа- ции на руки	Ф.И.О. получившего на руки мед. документа- цию	Реквизиты документа, удостовере- яющего личность	Реквизиты документа, подтвержд ающего полномо- чия закон- ного пред- ставителя и удосто- веряющего его личность	Ф.И.О. лечащего врача, принима- ющего непосред- ственное участие в мед. обследо- вании и лечении	Вид выданной докумен- тации	Личная подпись об ознакомлении с мед. документа- цией