

**ПОРЯДОК  
ОЗНАКОМЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА ЛИБО ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ  
С МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ, ОТРАЖАЮЩЕЙ СОСТОЯНИЕ  
ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА**

1. Настоящий Порядок устанавливает правила ознакомления пациента либо его законного представителя с оригиналами медицинской документации, отражающей состояние здоровья пациента и находящейся на рассмотрении в ГАУЗ НО «ОСП» (далее – Порядок).

2. Пациент либо его **законный представитель** имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента и находящейся в ГАУЗ НО «ОСП» (далее соответственно - медицинская документация, медицинская организация).

3. Супруг (супруга), дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушки, бабушки либо иные лица, указанные пациентом или его законным представителем в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, имеют право непосредственно знакомиться с медицинской документацией пациента, в том числе после его смерти, если пациент или его законный представитель не запретил разглашение сведений, составляющих врачебную тайну.

4. Основаниями для ознакомления пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, с медицинской документацией, за исключением случаев, предусмотренных пунктом 13 настоящего Порядка, является поступление в медицинскую организацию запроса, в том числе в электронной форме, пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, о предоставлении медицинской документации для ознакомления (далее - письменный запрос).

5. Письменный запрос содержит следующие сведения:

- а) фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента;
- б) фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя пациента либо лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка;
- в) место жительства (пребывания) пациента;
- г) реквизиты документа, удостоверяющего личность лица, направившего запрос (номер и серия (при наличии), дата выдачи, наименование выдавшего органа);
- д) реквизиты документа, подтверждающего полномочия (при наличии) законного представителя пациента (номер и серия (при наличии), дата выдачи, наименование выдавшего органа);
- е) период оказания пациенту медицинской помощи в медицинской организации, за который пациент, его законный представитель либо лицо, указанное в пункте 3 настоящего Порядка, желает ознакомиться с медицинской документацией;
- ж) почтовый (электронный) адрес для направления письменного ответа;
- з) номер контактного телефона (при наличии).

6. Письменный запрос направляется по почте либо доставляется нарочно в медицинскую организацию (подразделение, ответственное за обработку входящей корреспонденции).

Письменный запрос в электронной форме направляется на электронный адрес медицинской организации.

7. Поступивший письменный запрос, в том числе в электронной форме, в течение рабочего дня регистрируется в медицинской организации. В течение рабочего дня после регистрации письменного запроса ответственный по приказу работник медицинской организации/структурного подразделения (филиала) медицинской организации (далее - ответственный работник) доступными средствами связи, в том числе по номеру контактного телефона (при наличии) либо по электронной почте (при наличии), уведомляет лицо, направившее письменный запрос, о дате регистрации и входящем номере зарегистрированного письменного запроса.

8. Рассмотрение письменных запросов осуществляется главным врачом или заместителем главного врача по медицинской части. Рассмотрение письменных запросов о предоставлении медицинской документации, находящейся в филиале медицинской организации, осуществляется заведующим соответствующего филиала.

9. В течение двух рабочих дней со дня поступления письменного запроса пациент, его законный представитель либо лицо, указанное в пункте 3 настоящего Порядка, информируется доступными средствами связи, в том числе по номеру контактного телефона (при наличии) либо по электронной почте (при наличии), ответственным работником медицинской организации о дате, начиная с которой в течение пяти рабочих дней возможно ознакомление с медицинской документацией с учетом графика работы медицинской организации, а также о месте, в котором будет происходить ознакомление.

Максимальный срок ожидания пациентом, его законным представителем либо лицом, указанным в пункте 3 настоящего Порядка, предоставления возможности для ознакомления с медицинской документацией не должен превышать **десяти рабочих дней** со дня поступления письменного запроса.

10. Ознакомление пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, с медицинской документацией осуществляется в помещении медицинской организации в присутствии работника, ответственного за выдачу медицинской документации для ознакомления, с учетом графика работы медицинской организации.

11. Перед передачей пациенту, его законному представителю либо лицу, указанному в пункте 3 настоящего Порядка, для ознакомления оригинала медицинской документации до сведения указанного лица в устной форме доводится информация о необходимости аккуратного и бережного обращения с предоставленной для ознакомления медицинской документацией. В процессе ознакомления с медицинской документацией пациент, его законный представитель либо лицо, указанное в пункте 3 настоящего Порядка, вправе выписывать любые сведения и в любом объеме, снимать копии с медицинской документации, в том числе с помощью технических средств.

12. В медицинскую документацию пациента вносятся сведения об ознакомлении пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, с данной медицинской документацией, с указанием даты поступления письменного запроса, даты ознакомления, фамилии, имени, отчества (при наличии) ознакомившегося лица, а также фамилии, имени, отчества (при наличии) и должности работника, зафиксировавшего факт ознакомления, с проставлением подписи указанного работника.

13. 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).

14. В случае ведения медицинской документации в форме электронных документов ГАУЗ НО «ОСП» при поступлении письменного запроса пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, обязано ознакомить указанное лицо с данной документацией в соответствии с настоящим Порядком. При необходимости и в целях реализации процедуры ознакомления с медицинской документацией, сформированной в форме электронных документов, медицинская организация предоставляет заверенную копию данной медицинской документации.

15. Образец письменного запроса пациента/его законного представителя либо лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка прилагается.

*Образец письменного запроса пациента/ представителя*

Главному врачу ГАУЗ НО «ОСП»

Сорокиной Сание Равилевне

От \_\_\_\_\_ пациента:

\_\_\_\_\_  
ФИО

паспорт \_\_\_\_\_  
(серия, номер)

выдан \_\_\_\_\_  
(кем, когда)

\_\_\_\_\_  
Адрес места жительства (пребывания)

\_\_\_\_\_  
Реквизиты документа, подтверждающего полномочия (при наличии)  
законного представителя пациента (номер и серия (при наличии),  
дата выдачи, наименование выдавшего органа):

\_\_\_\_\_  
(заполняется при подаче запроса представителем)

### ЗАПРОС

Прошу предоставить для ознакомления медицинскую документацию, отражающую состояние моего здоровья, за следующий период оказания медицинской помощи в ГАУЗ НО «ОСП»: с \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .20 \_\_ г. по \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .20 \_\_ г.

Для обратной связи со мной оставляю следующие контактные данные:

Почтовый адрес/электронный адрес	
Номер контактного телефона (при наличии)	

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .20 \_\_\_\_ г.  
подпись / ФИО дата

## Образец письменного запроса пациента/представителя

Главному врачу ГАУЗ НО «ОСП»

Сорокиной Сание Равилевне

От законного представителя/иного лица, указанного  
в ИДС (нужное подчеркнуть):

\_\_\_\_\_

ФИО

паспорт \_\_\_\_\_

(серия, номер)

выдан \_\_\_\_\_

(кем, когда)

Адрес места жительства (пребывания)

\_\_\_\_\_

Реквизиты документа, подтверждающего полномочия (при наличии)  
законного представителя пациента (номер и серия (при наличии),  
дата выдачи, наименование выдавшего органа):

\_\_\_\_\_

(заполняется при подаче запроса представителем)

## ЗАПРОС

Прошу предоставить для ознакомления медицинскую документацию, отражающую состояние здоровья \_\_\_\_\_ (ФИО пациента), за следующий период оказания медицинской помощи в ГАУЗ НО «ОСП»: с \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .20\_\_ г. по \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .20\_\_ г.

Для обратной связи со мной оставляю следующие контактные данные:

Почтовый адрес/электронный адрес	
Номер контактного телефона (при наличии)	

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_ .20\_\_ г.

подпись

ФИО

дата