Порядок

ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента

I. Общие положения

1. Настоящий «Порядок ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента» (далее, Порядок) предназначен для организации работы по обеспечению возможности ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента, а также конкретизации действий работников ООО «ММЦРДиЛОЗ» (далее, медицинская организация), обеспечивающих исполнение Порядка.
2. Порядок разработан в соответствии со следующими документами:

- Федеральный Закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- Федеральный закон от 02.05.2006 г. №59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»;

- Закон Российской Федерации от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей»;

- Постановление Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»);

- Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»;

- Приказ Минздрава России от 12.11.2021 г. № 1050н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента»;

- другие нормативные акты, включая локальные, регламентирующие порядок ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента.

II. Основания, порядок ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией пациента

1. Пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента и находящейся в медицинской организации.
2. 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.
3. Основаниями для ознакомления пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 4 настоящего Порядка, с медицинской документацией, за исключением случаев, предусмотренных пунктом 18 настоящего Порядка, является поступление в медицинскую организацию запроса, в том числе в электронной форме, пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 4 настоящего Порядка, о предоставлении медицинской документации для ознакомления (далее, письменный запрос).
4. 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 4 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 4 настоящего Порядка, желает ознакомиться с медицинской документацией;

 ж) почтовый (электронный) адрес для направления письменного ответа;

 з) номер контактного телефона (при наличии).

1. Письменный запрос направляется по почте либо доставляется нарочно в медицинскую организацию лицу, ответственному за обработку входящей корреспонденции. Письменный запрос в электронной форме направляется на электронный адрес медицинской организации.
2. Поступивший письменный запрос, в том числе в электронной форме, в течение рабочего дня регистрируется в медицинской организации ответственным работником, назначенным генеральным директором. В течение рабочего дня после регистрации письменного запроса 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.
3. Рассмотрение письменных запросов осуществляется генеральным директором или уполномоченным им лицом.
4. В течение двух рабочих дней со дня поступления письменного запроса пациент, его законный представитель либо лицо, указанное в пункте 4 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 медицинской организации, в котором будет происходить ознакомление.
5. Максимальный срок ожидания пациентом, его законным представителем либо лицом, указанным в пункте 4 настоящего Порядка, предоставления возможности для ознакомления с медицинской документацией не должен превышать десяти рабочих дней со дня поступления письменного запроса.
6. Ознакомление пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 4 настоящего Порядка, с медицинской документацией осуществляется в выделенном для этих целей помещении медицинской организации в присутствии работника, ответственного за выдачу медицинской документации для ознакомления, с учетом графика работы медицинской организации.
7. Перед передачей пациенту или его законному представителю, или лицу, указанному в п. 4 настоящего Порядка для ознакомления оригиналов медицинской документации, ответственным лицом проводится контроль за наличием нумерации страниц, а также изготовление и сохранение скан-копии медицинской документации.
8. Перед передачей пациенту, его законному представителю либо лицу, указанному в пункте 4 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 4 настоящего Порядка, вправе выписывать любые сведения и в любом объеме, снимать копии с медицинской документации, в том числе с помощью технических средств.
9. В медицинскую документацию пациента вносятся сведения об ознакомлении пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 4 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.
10. Пациенты, которым оказывается медицинская помощь в условиях дневного стационара, имеют право на ознакомление с медицинской документацией непосредственно в структурном подразделении медицинской организации, в котором они пребывают.
11. Сведения о наличии оснований для ознакомления с медицинской документацией непосредственно в структурном подразделении медицинской организации указываются в письменном запросе и заверяются подписью руководителя соответствующего структурного подразделения медицинской организации. Заведующий структурным подразделением медицинской организации обеспечивает возможность ознакомления пациента с медицинской документацией.
12. При оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациент имеет право ознакомиться с записями, сделанными медицинским работником в медицинской документации во время приема.
13. В случае ведения медицинской документации в форме электронных документов медицинская организация при поступлении письменного запроса пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 4 настоящего Порядка, обязана ознакомить указанное лицо с данной документацией в соответствии с настоящим Порядком.
14. При необходимости и в целях реализации процедуры ознакомления с медицинской документацией, сформированной в форме электронных документов, медицинская организация предоставляет заверенную копию данной медицинской документации.

III. Ответственность и контроль

1. Должностные лица и работники медицинской организации несут ответственность за соблюдение настоящего Порядка в соответствии с действующим законодательством.
2. Контроль за исполнением настоящего Порядка осуществляет один из заместителей генерального директора по профилям медицинской деятельности.

Генеральному директору

ООО «Межрегиональный медицинский

центр ранней диагностики и лечения

онкологических заболеваний»

Дзигуа Л.В.

Письменный запрос

о предоставлении медицинской документации для ознакомления

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*фамилия, имя и отчество:*

пациент / законный представитель пациента / лицо, указанное пациентом или его законным представителем в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство (*подчеркнуть нужное)*

реквизиты документа, удостоверяющего личность лица, направившего запрос (номер и серия (при наличии), дата выдачи, наименование выдавшего органа):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

прошу Вас предоставить возможность ознакомления с медицинской документацией

пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*фамилия, имя и отчество*

Место жительства (пребывания) пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Перечень медицинской документации *(отметить галочкой нужное)*, с которой я желаю ознакомиться:

□ «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» форма № 025/у

□ «Карта больного дневного стационара поликлиники (стационара на дому), стационара дневного пребывания в больнице» форма № 003-2/у-88

□ «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» форма № 003/у (будет введена в действие с 01.03.2023 г.).

Период оказания пациенту медицинской помощи в ООО «ММЦРДиЛОЗ», за который я желаю ознакомиться с медицинской документацией: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мой почтовый (электронный) адрес для направления письменного ответа:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер контактного телефона:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_