**ПРИКАЗ**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**«О порядке ознакомления с медицинской документацией,**

**отражающей состояние здоровья пациента»**

В целях обеспечения права пациента непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, в соответствии с приказом Минздрава России от 12.11.2021 № 1050н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемый порядок ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента.
2. Контроль за исполнением приказа возложить на главного врача.

Директор Н.Н. Николаева

Утвержден

приказом директора ООО «Варадат»

 «Клинико-диагностический центр «ЭНДОМЕД»

от «\_\_\_»\_\_\_\_\_ 202\_\_г. № \_\_\_\_\_\_\_

**порядок**

**ознакомления с медицинской документацией,**

**отражающей состояние здоровья пациента**

1.1. Право непосредственного ознакомления с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента, имеет сам пациент или его законный представитель.

1.2. Иные лица (супруги, 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 ознакомления с медицинской документацией, если пациент или его законный представитель не запретил разглашение сведений, составляющих врачебную тайну.

1.3. Медицинская документация выдается для ознакомления на основании письменного запроса о предоставлении медицинской документации для ознакомления.

Запрос должен содержать:

* фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента;
* фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя пациента либо лица, указанного в п. 1.2;
* место жительства (пребывания) пациента;
* реквизиты документа, удостоверяющего личность заявителя (номер и серия, дата выдачи, наименование выдавшего органа);
* реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента (номер и серия, дата выдачи, наименование выдавшего органа);
* период оказания пациенту медицинской помощи, за который заявитель желает ознакомиться с медицинской документацией;
* почтовый (электронный) адрес для направления письменного ответа;
* номер контактного телефона (при наличии).

1.4. Поступившие запросы подлежат регистрации в журнале входящей документации в течение 1 рабочего дня. Дата регистрации и входящий номер сообщаются заявителю непосредственно при подаче запроса либо по телефону, электронной почте, иными указанными средствами связи.

1.5. Зарегистрированные запросы рассматриваются главным врачом. При отсутствии оснований выдачи медицинской документации для ознакомления заявителю направляется письменный отказ. При наличии оснований выдачи медицинской документации для ознакомления запрос передается администратору.

1.6. Администратор в течение двух рабочих дней со дня поступления письменного запроса информирует заявителя доступными средствами связи о дате, начиная с которой в течение пяти рабочих дней возможно ознакомление с медицинской документацией с учетом графика работы клинико-диагностического центра, а также о месте, в котором будет происходить ознакомление. Срок ожидания предоставления возможности для ознакомления с медицинской документацией не должен превышать десять рабочих дней со дня поступления письменного запроса.

1.7. Ознакомление заявителя с медицинской документацией осуществляется в помещении клинико-диагностического центра в присутствии работника, ответственного за выдачу медицинской документации для ознакомления.

1.8. Перед передачей заявителю оригинала медицинской документации до его сведения доводится информация о необходимости аккуратного и бережного обращения с предоставленной для ознакомления документацией. Заявитель вправе выписывать любые сведения и в любом объеме, снимать копии с медицинской документации.

1.9. Сведения об ознакомлении заявителя с медицинской документацией вносятся в медицинскую документацию администратором. При этом указываются:

* дата поступления письменного запроса;
* дата ознакомления;
* фамилия, имя, отчество (при наличии) ознакомившегося лица;
* фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность работника, зафиксировавшего факт ознакомления.

Запись заверяется подписью указанного работника.

1.10. Пациенты, которым оказывается медицинская помощь в условиях дневного стационара, имеют право на ознакомление с медицинской документацией непосредственно в структурном подразделении клинико-диагностического центра, в котором они пребывают.

Сведения о наличии оснований для ознакомления с медицинской документацией непосредственно в структурном подразделении клинико-диагностического центра указываются в письменном запросе и заверяются подписью руководителя соответствующего структурного подразделения клинико-диагностического центра. Заведующий структурным подразделением клинико-диагностического центра обеспечивает возможность ознакомления пациента с медицинской документацией.

1.11. При оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациент имеет право ознакомиться с записями, сделанными медицинским работником в медицинской документации во время приема.

1.12. В случае ведения медицинской документации в форме электронных документов клинико-диагностический центр при поступлении письменного запроса предоставляет заверенную копию данной медицинской документации.

Приложение № 1
к порядку ознакомления с медицинской документацией,

отражающей состояние здоровья пациента

Главному врачу

ООО «Варадат»

«Клинико-диагностический центр «ЭНДОМЕД»

О.В. Постновой

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

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

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

Контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Почтовый (электронный) адрес для направления письменного ответа:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Запрос**

**о предоставлении медицинской документации для ознакомления**

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

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

паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан (наименование выдавшего органа)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, прошу Вас на основании п.4 ст. 22 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ», в соответствии с Приказом Минздрава России от 12.11.2021 №1050-н предоставить мне медицинскую документацию для ознакомления: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Период оказания пациенту медицинской помощи с «\_\_\_»\_\_\_\_\_20\_\_г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 *(расшифровка)*

 «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025г.

Главному врачу

ООО «Варадат»

«Клинико-диагностический центр «ЭНДОМЕД»

О.В. Постновой

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

(*фамилия, имя, отчество (при наличии)*

*законного представителя пациента, представителя пациента)*

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

Контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Почтовый (электронный) адрес для направления письменного ответа:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Запрос**

**о предоставлении медицинской документации для ознакомления**

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

(*фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя пациента, представителя пациента)*

паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан (наименование выдавшего органа) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, представитель) пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество пациента)*

адрес места жительства пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ документ, подтверждающий полномочия \*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(свидетельство о рождении, доверенность и иное)*

реквизиты документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

прошу Вас на основании п.4 ст. 22 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ», в соответствии с Приказом Минздрава России от 12.11.2021 №1050-н предоставить мне медицинскую документацию для ознакомления: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Период оказания пациенту медицинской помощи с «\_\_\_»\_\_\_\_\_20\_\_г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

Подпись законного представителя пациента,

представителя пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 *(расшифровка)*

 «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025г.

*\*к запросу необходимо приложить документы, подтверждающие соответствующий статус*