Приложение 1

К приказу ГБУЗ СО

«ГССМП г. Нижний Тагил»

№ \_\_8\_\_\_ от 15.01.2024г.

УТВЕРЖДЕНО

И.о. главного врача

 ГБУЗ СО «ГССМП г. Нижний Тагил

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

И.В. Снигирева

**Порядок**

**ознакомления пациента или его законного представителя**

**с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента**

 1. Пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента и находящейся в медицинской организации.

2. Непосредственно знакомиться с медицинской документацией пациента, в том числе после его смерти могут: 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, 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 2 настоящего приложения, с медицинской документацией, за исключением случаев, предусмотренных пунктом 12 настоящего Порядка, является поступление в медицинскую организацию **письменного** запроса, в том числе в электронной форме, пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, о предоставлении медицинской документации для ознакомления (приложение 2)

4. Письменный запрос может быть направлен по почте либо доставляется нарочно в медицинскую организацию в подразделение, ответственное за обработку входящей корреспонденции. Письменный запрос в электронной форме направляется на электронный адрес медицинской организации.

6. Поступивший письменный запрос, в том числе в электронной форме, в течение рабочего дня регистрирует секретарь организации и уведомляет лицо, направившее письменный запрос, о дате регистрации и входящем номере зарегистрированного письменного запроса.

7. Рассмотрение письменных запросов осуществляет руководитель медицинской организации или уполномоченный им заместитель.

8. Медицинский статистик в течение двух рабочих дней со дня поступления письменного запроса информирует доступными средствами связи, в том числе по номеру контактного телефона (при наличии) либо по электронной почте (при наличии), пациента, его законного представителя либо лицо, указанное в пункте 2 настоящего Порядка 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.

9. Максимальный срок ожидания пациентом, его законным представителем либо лицом, указанным в пункте 2 настоящего Порядка, предоставления возможности для ознакомления с медицинской документацией не должен превышать десяти рабочих дней со дня поступления письменного запроса.

10. Перед передачей пациенту, его законному представителю либо лицу, указанному в пункте 2 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 2 настоящего Порядка, вправе выписывать любые сведения и в любом объеме, снимать копии с медицинской документации, в том числе с помощью технических средств.

11. В медицинскую документацию пациента (раздел «примечания» в карте вызова) вносятся сведения об ознакомлении пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 2 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.

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 (посещения на дому).

13. В случае ведения медицинской документации в форме электронных документов медицинский статистик при поступлении письменного запроса пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, знакомит 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, предоставляет заверенную копию данной медицинской документации

Приложение 2

К приказу ГБУЗ СО

«ГССМП г. Нижний Тагил»

№ \_\_8\_\_\_ от 15.01.2024г.

УТВЕРЖДЕНО

И.о. главного врача

 ГБУЗ СО «ГССМП г. Нижний Тагил

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

И.В. Снигирева

|  |
| --- |
|  |
| фамилия, имя и отчество (при наличии) пациентаили законного представителя пациента |
|  |
|  |
| место жительства (пребывания) пациента |
|  |
|  |
| 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. |
|  |
|  |
| Период оказания пациенту медицинской помощи , за который пациент, его законный представитель либо лицо, указанное в п.2. Порядка желает ознакомиться с медицинской докментацией |
| Почтовый (электронный) адрес для направления письменного ответа; |
|  |
| номер контактного телефона (при наличии). |

Запрос

о предоставлении медицинской документации для ознакомления

Прошу предоставить для ознакомления медицинскую документацию

|  |
| --- |
|  |

(фамилия имя, отчество (при наличии) пациента

|  |
| --- |
| за |

 (период оказания пациенту медицинской помощи в медицинской организации, за который пациент либо его законный представитель желает ознакомиться с медицинской документацией

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

 (расшифровка подписи)