



Положение о порядке ознакомления с медицинской документацией в ООО «Инвестиции «Запад»

1. Настоящее Положение устанавливает порядок ознакомления пациента либо его законного представителя с оригиналами медицинской документации, отражающей состояние здоровья пациента и находящейся в ООО «Инвестиции «Запад» (далее – Исполнитель).

2. Основанием для ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента (далее – медицинская документация), является поступление Исполнителю от пациента или его законного представителя письменного запроса на имя генерального директора Исполнителя о предоставлении медицинской документации для ознакомления (далее – письменный запрос).

Письменный запрос должен содержать следующие сведения:

- а) фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента;
- б) фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя пациента;
- в) место жительства (пребывания) пациента/законного представителя пациента;
- г) реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента;
- д) реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента (при наличии);
- е) реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента (при наличии);
- ж) период оказанием пациенту медицинской помощи у Исполнителя, за который пациент либо его законный представитель желает ознакомиться с медицинской документацией;
- з) почтовый адрес для направления письменного ответа;
- и) номер контактного телефона (при наличии).

Образец письменного запроса о предоставлении медицинской документации для ознакомления содержится в Приложении 1 к настоящему Положению.

3. Запрос, поступивший Исполнителю, подлежит регистрации в порядке, предусмотренном «Порядком рассмотрения обращений граждан в ООО «Инвестиции «Запад», утвержденным приказом генерального директора.

4. Рассмотрение письменных запросов осуществляется главным врачом Исполнителя или уполномоченным соответствующим приказом работником Исполнителя в течении 3-х рабочих дней с даты поступления запроса.

5. Результатами рассмотрения запроса являются:

- решение о предоставлении либо об отказе в предоставлении медицинской документации пациенту либо его законному представителю;

- предварительная запись пациента или законного представителя на ознакомление с медицинской документацией в Журнале предварительной записи посещения помещения для ознакомления с медицинской документацией (Приложение 2) (далее – Журнал предварительной записи) в случае принятия решения о предоставлении медицинской документации пациенту (законному представителю);

- направленный пациенту либо законному представителю письменный ответ на запрос (далее – Ответ).


6. Ответ должен быть направлен пациенту либо его законному представителю не позднее 10 рабочих дней с даты регистрации запроса.

В случае, если запрос поступил Исполнителю в письменной форме, ответ направляется на почтовый адрес, указанный в запросе.

В случае, если запрос поступил Исполнителю по электронной почте или в запросе пациент либо его законный представитель указал, что ответ направить по электронной почте, - ответ на запрос направляется на адрес электронной почты, указанный в запросе.

Ответы оформляются на бланке Исполнителя. В ответе обязательно указываются следующие сведения:

а) во всех случаях:

- дата регистрации запроса и его входящий номер;
 - дата направления ответа и его исходящий номер;
 - фамилия, имя и отчество (при наличии) получателя (лица, составившего запрос);
 - фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента;
- 

- подпись главного врача Исполнителя.

б) в случае принятия решения о предоставлении медицинской документации пациенту либо его законному представителю:

- предварительные дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией;

- фамилия, имя и отчество (при наличии) лица ответственного за предоставление медицинской документации (Ответственного исполнителя);

- иные сведения (при необходимости).

Предварительные дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией устанавливаются с учетом графика работы помещения для ознакомления с медицинской документацией и числа поступивших письменных запросов.

Максимальный срок ожидания пациентом либо его законным представителем посещения помещения для ознакомления с медицинской документацией с момента регистрации у Исполнителя письменного запроса не должен превышать 30 дней (Федеральный закон от 02 мая 2006 г. № 59 «О порядке рассмотрения обращений граждан РФ»).

в) в случае выявления формальных оснований для отказа в предоставлении медицинской документации:

- исчерпывающий перечень выявленных оснований для отказа;

- информация, необходимая для устранения оснований для отказа.

г) в случае принятия решения об отказе в предоставлении документации:

- исчерпывающий перечень оснований для отказа.

7. Ознакомление пациента либо его законного представителя с медицинской документацией осуществляется у Исполнителя по адресу: 357703, Ставропольский край, г. Кисловодск, проспект Дзержинского, д. 24 А., каб. 202 (далее - Помещение для ознакомления с медицинской документацией).

8. График работы помещения для ознакомления с медицинской документацией: понедельник с 08.00 до 14.00, четверг с 14.00 до 20.00 (время московское).

В целях обеспечения конфиденциальности информации, относящейся к здоровью пациентов, в одно время в помещении для ознакомления с медицинской документацией

должен знакомиться с медицинской документацией один пациент и/или его законный представитель.

9. В помещении для ознакомления с медицинской документацией ведутся следующие учетные документы:

- Журнал предварительной записи посещений помещения для ознакомления с медицинской документацией (далее - Журнал предварительной записи) (Приложение 2);

- Журнал учета работы помещения для ознакомления с медицинской документацией (далее - Журнал учета работы помещения) (Приложение 3).

В Журнал предварительной записи вносятся следующие сведения:

а) фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента;

б) число, месяц и год рождения пациента;

в) адрес место жительства (пребывания) пациента;

г) дата регистрации письменного запроса пациента либо его законного представителя;

д) период оказания пациенту медицинской помощи Исполнителем, за который пациент либо его законный представитель желает ознакомиться с медицинской документацией;

е) предварительная дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией.

В Журнал учета работы помещения вносятся следующие сведения:

а) дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией;

б) время выдачи медицинской документации на руки пациенту либо его законному представителю и ее возврата;

в) фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента либо его законного представителя, получившего на руки медицинскую документацию;

г) реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента либо его законного представителя (сведения заполняются на основании документа, удостоверяющего личность пациента либо его законного представителя);

д) реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента (сведения заполняются на основании документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента);

е) фамилия, имя отчество (при наличии) лечащего врача или другого медицинского работника Исполнителя, принимающего непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении пациента;

ж) вид выданной на руки пациенту либо его законному представителю медицинской документации;

з) личная подпись пациента либо его законного представителя об ознакомлении с медицинской документацией.

10. Должностное лицо, ответственное за обеспечение доступа в помещения для ознакомления с медицинской документацией в соответствии с графиком его работы и записями в Журнале предварительной записи, за подготовку и непосредственное предоставление медицинской документации пациенту либо его законному представителю, а также за ведение Журнала предварительной записи и Журнала учета работы помещения, назначается Генеральным директором Исполнителя (далее – Ответственный исполнитель).

11. Ответственным исполнителем перед передачей пациенту или его законному представителю для ознакомления оригинала медицинской документации обеспечивается сохранение копии медицинской документации на бумажном носителе.

Копии медицинской документации на бумажном носителе хранятся в папке «Копии медицинской документации» в архиве, отдельно от оригиналов медицинской документации в течении трех месяцев на случай повторного обращения пациента либо его законного представителя с запросом, затем уничтожаются с обеспечением защиты персональных данных.

12. Ответственным исполнителем перед передачей для ознакомления оригинала медицинской документации до сведения пациента либо его законного представителя (при наличии) дополнительно в устной форме доводится информация о необходимости аккуратного и бережного обращения с предоставленной для ознакомления медицинской документацией.

13. При посещении помещения для ознакомления с медицинской документацией пациент и/или его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий его личность, а в случае посещения помещения для ознакомления с медицинской документацией законным представителем пациента, также документ, подтверждающий полномочия законного представителя пациента.

Факт посещения пациентом и/или его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией и предоставления ему на руки оригиналов медицинской документацией регистрируется в Журнале учета работы помещения.

14. По окончании ознакомления пациент либо его законный представитель возвращает оригиналы медицинской документации Ответственному исполнителю. Ответственный исполнитель проверяет целостность возвращаемых оригиналов медицинской документации, отмечает результат проверки в соответствующей графе Журнала учета работы помещения и скрепляет своей подписью.


При выявлении признаков порчи или выноса медицинской документации за пределы помещения для ознакомления с медицинской документацией полностью или частично, Ответственный исполнитель совместно с двумя любыми другими работниками Исполнителя составляет Акт о повреждениях, полной или частичной утрате оригиналов медицинской документации в ООО «Инвестиции «Запад» (далее – акт) в двух экземплярах.

Составленный Акт подписывается Ответственным исполнителем и работниками, привлеченными к его составлению. Подписанный Акт Ответственный исполнитель предлагает подписать пациенту либо его законному представителю. В случае отказа пациента либо его законного представителя подписать Акт, факт отказа указывается в Акте и заверяется подписями Ответственного исполнителя и работников, привлеченных к его составлению.

Один экземпляр Акта Ответственный исполнитель направляет главному врачу Исполнителя, второй экземпляр прикладывается к полной копии поврежденных либо вынесенных пациентом, либо его законным представителем полностью, либо частично оригиналов медицинской документации.

15. При оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, а также при санаторно-курортном лечении пациент либо его законный представитель имеет право ознакомиться с записями, сделанными медицинским работником в медицинской документации во время приема.

При желании пациента либо его законного представителя ознакомиться с иными записями и материалами, содержащимися в медицинской документации, медицинский работник Исполнителя информирует пациента либо его законного представителя о его праве обратиться к Исполнителю с запросом и получить медицинскую документацию для ознакомления в установленном настоящим Положением порядке.



Перед предоставлением пациенту либо его законному представителю медицинской документации для ознакомления с записями, сделанными во время приема, медицинский работник Исполнителя ниже последней записи отмечает факт предоставления медицинской документации пациенту либо его законному представителю с указанием даты и времени этого события и скрепляет своей подписью и подписью пациента, либо его законного представителя. Непосредственно после возвращения медицинской документации пациентом либо его законным представителем, медицинский работник Исполнителя отмечает время возврата и скрепляет своей подписью.



Приложение № 1

**к Положению о порядке ознакомления
с медицинской документацией в ООО «Инвестиции «Запад»**

**Образец письменного запроса о предоставлении медицинской документации для
ознакомления**

Генеральному директору
ООО «Инвестиции «Запад»
А.В. Чичканову

ФИО (пациента/законного представителя)

место жительства/пребывания
(пациента/законного представителя)

паспорт: серия, номер, кем выдан, дата выдачи
(пациента/законного представителя)

реквизиты документа, подтверждающего
полномочия законного представителя

контактный номер телефона

Заявление

Прошу предоставить для ознакомления оригинал _____ (вид медицинской документации), оформленной на имя _____ (ФИО пациента), _____ (число, месяц, год рождения пациента), в период оказания медицинской помощи в ООО «Инвестиции «Запад» с _____ 20__ г. по _____ 20__ г.

Данные пациента (заполняются при оформлении запроса законным представителем):

- реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента (серия, номер, кем выдан, дата выдачи):

_____;

- место жительства (пребывания) пациента: _____.

Прошу ответ направить по электронной почте на адрес: _____

Прошу ответ направить на почтовый адрес: _____

Я ознакомлен с информацией о необходимости аккуратного и бережного обращения с предоставленной медицинской документацией, о недопустимости ее порчи (полного или частичного) и выноса за пределы помещения для ознакомления с медицинской документацией

дата _____

подпись/ФИО

Приложение № 2

**к Положению о порядке ознакомления
с медицинской документацией в ООО «Инвестиции «Запад»**

**Форма «Журнал предварительной записи посещения помещения для ознакомления
с медицинской документацией»**

№ п/п	ФИО пациента	Дата рождения	Адрес проживания	Дата регистрации письменного запроса	Период оказания пациенту медицинской помощи	Предварительная дата и время посещения помещения для ознакомления с медицинской документацией
1	2	3	4	5	6	7



Приложение № 3

**к Положению о порядке ознакомления
с медицинской документацией в ООО «Инвестиции «Запад»**

**Форма «Журнал учета работы помещения для ознакомления с
медицинской документацией»**

№ п/п	Дата и время посещения пациентом/ законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией	Время выдачи медицинской документации на руки пациенту/ законному представителю	ФИО пациента/ законного представителя	Реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента/ законного представителя	Реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента	ФИО лечащего врача или другого медицинского работника принимавшего участие в оказании медицинской помощи пациенту	Вид выданной на руки пациенту/ законному представителю медицинской документации	Подпись пациента/ законного представителя об ознакомлении с медицинской документацией
1	2	3	4	5	6	7	8	9

