

Министерство здравоохранения Нижегородской области
Государственное автономное учреждение здравоохранения Нижегородской области
«Областная стоматологическая поликлиника»

ПРИКАЗ

16.12.2016

№ 360-В

г. Нижний Новгород

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

В соответствии с частью 4 статьи 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и приказом Минздрава России от 29.06.2016 N 425н "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. Заведующим филиалов и заведующему поликлиникой обеспечить исполнение настоящего приказа.
3. Заведующим Автозаводского филиала №1, Кстовского филиала, Московского филиала, Нижегородского филиала №1 ГАУЗ НО «ОСП»:
 - 3.1. Выделить и оснастить помещения для ознакомления с медицинской документацией;
 - 3.2. Назначить из числа работников регистратуры филиала лиц, ответственных за ознакомление пациента либо его законного представителя с медицинской документацией.
4. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Главный врач



С.Р. Сорокина

УТВЕРЖДЕН

Приказом ГАУЗ НО «ОСП»
№360-В от 16.12.2016

**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».

2. Основаниями для ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией является поступление в ГАУЗ НО «ОСП» от пациента либо его законного представителя письменного запроса о предоставлении медицинской документации для ознакомления (далее - письменный запрос).

3. Письменный запрос содержит 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;
- 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 оказания пациенту медицинской помощи в ГАУЗ НО «ОСП», 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).

4. Рассмотрение письменных запросов осуществляется главным врачом или заместителем главного врача по медицинской части. Рассмотрение письменных запросов о предоставлении медицинской документации, находящейся в филиале ГАУЗ НО «ОСП», осуществляется заведующим соответствующего филиала.

5. По итогам рассмотрения письменного запроса пациенту либо его законному представителю сообщается о предварительных дате и времени посещения помещения для ознакомления с медицинской документацией. Передача сообщения производится работником, ответственным за ознакомление пациента либо его законного представителя с медицинской документацией (далее – работник, ответственный за ознакомление) по указанному в письменном запросе номеру телефона, а при его отсутствии почтовым отправлением по указанному почтовому адресу.

6. Перед передачей пациенту или его законному представителю для ознакомления оригинала медицинской документации работником, ответственным за ознакомление, обеспечивается сохранение копии медицинской документации на бумажном носителе.

До сведения пациента либо его законного представителя (при наличии) ответственным за ознакомление в устной форме доводится информация о необходимости аккуратного и бережного обращения с предоставленной для ознакомления медицинской документацией.

7. Ознакомление пациента либо его законного представителя с медицинской документацией осуществляется в помещениях ГАУЗ НО «ОСП», предназначенных для ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией (далее - помещение для ознакомления с медицинской документацией), находящихся по адресам:

№	Место нахождения помещения для ознакомления с медицинской документацией	В случае запроса медицинской документации, находящейся в:
1.	г. Нижний Новгород, ул. Володарского, д. 56. (Нижегородский филиал №1 ГАУЗ НО «ОСП»)	Нижегородском филиале №1 (г. Нижний Новгород, ул. Володарского, д. 56) Нижегородском филиале №2 (г. Нижний Новгород, ул. Большая Покровская, д.40) Советском филиале (г. Нижний Новгород, ул. Ломоносова, д. 13) Приокском филиале (г. Нижний Новгород, ул. Терешковой, д.5а) Поликлинике (г. Нижний Новгород, ул. Б.Покровская, д.23)
2.	г. Нижний Новгород, ул. Гвардейцев, д. 11. (Московский филиал ГАУЗ НО «ОСП»)	Канавинском филиале (г. Нижний Новгород, ул. Июльских дней, д. 20Б) Московском филиале (г. Нижний Новгород, ул. Гвардейцев, д. 11) Сормовском филиале №1 (г. Нижний Новгород, ул. Ефремова, д. 4) Сормовском филиале №2 (г. Нижний Новгород, ул. Свободы, д.38)
3.	г. Нижний Новгород, проспект Кирова, д.10. (Автозаводский филиал №1 ГАУЗ НО «ОСП»)	Автозаводском филиале №1 (г. Нижний Новгород, проспект Кирова, д.10) Автозаводском филиале №2 (г. Нижний Новгород, Моторный пер. д.2) Ленинском филиале (г. Нижний Новгород, б. Заречный, д.3)
4.	г. Кстово, 2-й Микрорайон, д.10 (Кстовский филиал ГАУЗ НО «ОСП»)	Кстовском филиале (г. Кстово, 2-й Микрорайон, д.10)

8. Помещения для ознакомления с медицинской документацией должны отвечать требованиям санитарно-гигиенических норм и правил, правил пожарной безопасности и оборудованы достаточным количеством стульев и столом.

9. График работы помещений для ознакомления с медицинской документацией устанавливается приказом главного врача с учетом графика работы ГАУЗ НО «ОСП», его филиалов и медицинских работников. График работы помещений для ознакомления с медицинской документацией размещается на информационных стендах поликлиники и филиалов ГАУЗ НО «ОСП».

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

а) журнал предварительной записи посетителей помещения для ознакомления с медицинской документацией (далее - журнал предварительной записи) по форме согласно приложению №1 к настоящему положению;

б) журнал учета работы помещения для ознакомления с медицинской документацией (далее - журнал учета работы помещения) по форме согласно приложению №2 к настоящему положению.

11. В журнал предварительной записи вносятся следующие сведения:

- а) фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента;
- б) число, месяц, год рождения пациента;
- в) место жительства (пребывания) пациента;
- г) дата регистрации письменного запроса пациента либо его законного представителя;
- д) период оказания пациенту медицинской помощи в медицинской организации, за который пациент либо его законный представитель желает ознакомиться с медицинской документацией;
- е) предварительные дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией.

12. 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, 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, 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.

13. Журнал предварительной записи и журнал учета работы помещения ведутся работником, ответственным за ознакомление. Журнал предварительной записи заполняется по итогам рассмотрения письменного запроса, а журнал учета работы помещения – во время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией.

14. Предварительные дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией, предусмотренные подпунктом "е" пункта 11 настоящего Порядка, 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 кабинета для ознакомления с медицинской документацией с момента регистрации письменного запроса не должен превышать сроков, установленных требованиями законодательства о порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации.

15. Пациент имеет право ознакомиться с записями, сделанными медицинским работником в медицинской документации во время приема (посещения на дому).

ЖУРНАЛ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ЗАПИСИ
посещений помещения для ознакомления с медицинской документацией

N п/п	Дата регистрации письменного запроса пациента либо его законного представителя	Фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента	Число, месяц, год рождения пациента	Место жительства (пребывания) пациента	Период оказания пациенту медицинской помощи, за который пациент (законный представитель) желает ознакомиться с медицинской документацией	Предварительные дата и время посещения пациентом (законным представителем) помещения для ознакомления с медицинской документацией	ФИО и подпись лица, ответственного за ознакомление

ЖУРНАЛ УЧЕТА РАБОТЫ
помещения для ознакомления с медицинской документацией

N п/п	Дата и время посещения	Время выдачи медицинской документации на руки пациенту (законному представителю)	Время возврата медицинской документации	Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента либо его законного представителя, получившего на руки медицинскую документацию	Реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента либо его законного представителя	Реквизиты документа, подтверждающего о полномочия законного представителя пациента	Фамилия, имя, отчество (при наличии) лечащего врача или другого медицинского работника, принимающего непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении пациента	Вид выданной на руки пациенту (законному представител ю) медицинской документаци и	Личная подпись пациента (законного представителя) об ознакомлении с медицинской документацией

