

**Положение о порядке ознакомления с медицинской документацией в Обществе с ограниченной ответственностью  
«УЗИ Эксперт»**

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

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 2 настоящего Порядка, является поступление в медицинскую организацию запроса, в том числе в электронной форме (на официальный адрес организации – uzixpert@mail.ru), пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка (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 2 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 2 настоящего Порядка, желает ознакомиться с медицинской документацией;
- ж) почтовый (электронный) адрес для направления письменного ответа;
- з) номер контактного телефона (при наличии).

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

5. Письменный запрос направляется по почте либо доставляется нарочно в медицинскую организацию (по адресу: Омская область, город Омск, улица 21-я Амурская, дом 8). Письменный запрос в электронной форме направляется на электронный адрес медицинской организации (официальный адрес электронной почты: uzixpert@mail.ru).

6. Поступивший письменный запрос, в том числе в электронной форме, в течение рабочего дня регистрируется в медицинской организации.

7. Рассмотрение письменных запросов осуществляется руководителем медицинской организации.

В течение 2-х рабочих дней со дня поступления письменного запроса пациент, его законный представитель либо лицо, указанное в пункте 2 настоящего Порядка, информируется доступными средствами связи, в том числе по номеру контактного телефона (при наличии) либо по электронной почте (при наличии), 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.

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 случае выявления формальных оснований для отказа в предоставлении медицинской документации:

- исчерпывающий перечень выявленных оснований для отказа;
- информация, необходимая для устранения оснований для отказа.

В случае принятия решения об отказе в предоставлении документации:

-исчерпывающий перечень оснований для отказа.

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).

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 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;

9. Ознакомление пациента либо его законного представителя с медицинской документацией осуществляется у Исполнителя по адресу: **Омская область, город Омск, улица 21-я Амурская, дом 8** (далее - Помещение для ознакомления с медицинской документацией).

График работы помещения для ознакомления с медицинской документацией: **понедельник с 09.00 до 18.00, пятница с 09.00 до 16.00.**

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.

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

- Журнал предварительной записи посещения 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.

11. 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).

12. 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.

13. 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.

14. 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.

15. 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 «УЗИ Эксперт»** (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 директору Исполнителя, второй экземпляр прикладывается к полной копии поврежденных либо вынесенных пациентом, либо его законным представителем полностью, либо частично оригиналов медицинской документации.

16. При оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях 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 «УЗИ Эксперт»**

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

Директору ООО «УЗИ Эксперт»  
А.В. Ляпину

---

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 \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_  
медицинской \_\_\_\_\_ документации), \_\_\_\_\_ оформленной \_\_\_\_\_ (ФИО \_\_\_\_\_ пациента),  
имя \_\_\_\_\_ (число, месяц, год рождения пациента), в период оказания медицинской помощи в ООО «УЗИ Эксперт» 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

ФИО \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_