

**УТВЕРЖДЕНО:**  
Приказом директора  
ООО «Стоматологическая  
поликлиника»  
от 14.11.2016 г. № 123/1-  
од

## **ПОЛОЖЕНИЕ**

### **о порядке ознакомления пациента или его законного представителя с медицинской документацией, содержащей данные о состоянии здоровья пациента**

1. Настоящее положение устанавливает правила ознакомления пациента либо его законного представителя с оригиналами медицинской документации, отражающей состояние здоровья пациента и находящейся в ООО «Стоматологическая поликлиника».
  2. Настоящее положение разработано в соответствии с ч. 4 ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и приказа от 29.06.2016 г. № 425н «Об утверждении порядка ознакомления пациента, либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента».
  3. Основанием для ознакомления пациента или его законного представителя с медицинской документацией является письменный запрос (заявление) от пациента либо его законного представителя о предоставлении медицинской документации для ознакомления.
  4. Письменный запрос (заявление) должен содержать следующие сведения:
    - а) фамилия, имя, отчество пациента;
    - б) фамилия, имя, отчество законного представителя;
    - в) место жительства пациента;
    - г) реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента.
    - д) реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента;
    - ж) период оказания пациенту медицинской помощи в ООО «Стоматологическая поликлиника», за который пациент, либо его законный представитель желает ознакомиться с медицинской документацией;
    - з) почтовый адрес для отправления письменного ответа;
    - и) номер контактного телефона.
- Образец письменного запроса о предоставлении медицинской документации для ознакомления содержится в Приложении № 1.
5. Рассмотрение письменных запросов (заявлений) осуществляет заместитель главного врача по лечебно-экспертной работе с последующей регистрацией в журнале предварительной записи.

6. Ознакомление пациента либо его законного представителя с медицинской документацией осуществляется в ООО «Стоматологическая поликлиника» (Свердловская обл., г. Асбест, ул. Ленина, д. 14), кабинете «Отдел кадров».
7. Перед передачей пациенту или его законному представителю для ознакомлений оригинала медицинской документации обеспечивается сохранение копии медицинской документации на бумажном носителе.
8. До сведения пациента или его законного представителя в устной форме доводится информация необходимости аккуратного и бережного обращения с предоставленной для ознакомления медицинской документацией.
9. График работы помещения для ознакомления с медицинской документацией: с 10<sup>00</sup> - 16<sup>00</sup> ежедневно (кроме субботы, воскресенья и праздничных дней).
10. В помещении ООО «Стоматологическая поликлиника» для ознакомления с медицинской документацией должна быть следующая учетная документация:
  - а) журнал предварительной записи посещений помещения для ознакомления с медицинской документацией (приложение № 2);
  - б) журнал учета работы помещения для ознакомления с медицинской документацией (приложение № 2);
11. Максимальный срок ожидания пациентом либо его законным представителем посещения помещения для ознакомления с медицинской документацией с момента регистрации в ООО «Стоматологическая поликлиника» письменного запроса не должен превышать 30 дней (ФЗ № 59 от 02.05.2006г. «О порядке рассмотрения обращений граждан РФ»).
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).

**Приложение № 1**  
к Положению о порядке  
ознакомления пациента или  
его законного представителя  
с медицинской  
документацией, содержащей  
данные о состоянии  
здоровья пациента

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

Директору ООО «Стоматологическая поликлиника»  
Т.А. Ярмолук

\_\_\_\_\_  
ФИО пациента (законного представителя)

\_\_\_\_\_  
место жительства/пребывания (пациента/законного представителя)

\_\_\_\_\_  
паспорт: серия, номер (пациента/законного представителя)

\_\_\_\_\_  
реквизиты документа, подтверждающие полномочия законного  
представителя

\_\_\_\_\_  
контактный номер

**Заявление**

Прошу предоставить для ознакомления оригинал медицинской карты  
стоматологического больного, оформленной на имя \_\_\_\_\_ в период  
ФИО пациента

оказания Медицинской помощи с \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
ФИО

**Приложение № 2**  
к Положению о порядке  
ознакомления пациента или  
его законного представителя  
с медицинской  
документацией, содержащей  
данные о состоянии  
здоровья пациента

**Журнал предварительной записи посещений помещения для ознакомления с  
медицинской документацией**

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента	Число, месяц, год рождения пациента	Место жительства (пребывания пациента)	Дата регистрации письменного запроса пациента либо его законного представителя	Период оказания пациенту медицинской помощи в медицинской организации, за который пациент либо его законный представитель желает ознакомиться с медицинской документацией	предварительные дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией
1	2	3	4	5	6

