

Министерство здравоохранения
Астраханской области
Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения Астраханской области
«Областная клиническая психиатрическая
больница»
(ГБУЗ АО «ОКПБ»)



ПОРЯДОК
ознакомления пациента либо его
законного представителя с
оригиналами медицинской
документации в ГБУЗ АО «ОКПБ»

1. Общие положения

1.1. Настоящий Порядок ознакомления пациента либо его законного представителя с оригиналами медицинской документации в ГБУЗ АО «ОКПБ» (далее - Порядок) разработан в соответствии с ч. 4 ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», нормами Федерального закона № 3185-1 от 2.07.1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», Федерального закона № 59 от 02.05.2006 г. «О порядке рассмотрения обращений граждан РФ» и приказа МЗ РФ от 29.06.2016 г. № 425н «Об утверждении порядка ознакомления пациента, либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента».

1.2. Настоящий Порядок устанавливает правила ознакомления пациента либо его законного представителя с оригиналами медицинской документации («Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» и «Медицинская карта стационарного больного») и находящейся в ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница» (далее – в ГБУЗ АО «ОКПБ»).

1.3. 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.

1.4. 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 ГБУЗ АО «ОКПБ», за который пациент, либо его законный представитель желает ознакомиться с медицинской документацией;
- з) почтовый адрес для отправления письменного ответа;
- и) номер контактного телефона.

1.5. Образец письменного запроса о предоставлении медицинской документации для ознакомления содержится в Приложении № 1.

1.6. Рассмотрение письменных запросов (заявлений) осуществляется главным врачом ГБУЗ АО «ОКПБ» или уполномоченными заместителями главного врача ГБУЗ АО «ОКПБ» (заместители главного врача по лечебной, клинико-экспертной, поликлинической, судебно-экспертной работе).

2. Правила ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией в ГБУЗ АО «ОКПБ»

2.1. Ознакомление пациента либо его законного представителя с медицинской документацией осуществляется во всех стационарных и диспансерных структурных подразделениях ГБУЗ АО «ОКПБ», а также в кабинетах районных участковых врачей-психиатров, расположенных на базах всех районных больниц Астраханской области.

2.2. Решение о возможности передачи пациенту оригинала медицинской документации принимается руководителем структурного подразделения ГБУЗ АО «ОКПБ», с учетом психического состояния пациента (ст. 5 Федерального закона № 3185-1 от 2.07.1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»).

2.3. Перед передачей пациенту или его законному представителю для ознакомлений оригинала медицинской документации обеспечивается сохранение копии медицинской документации на бумажном носителе.

2.4. До сведения пациента или его законного представителя доводится информация о необходимости аккуратного и бережного обращения с предоставленной для ознакомления медицинской документацией.

2.5. Помещение для ознакомления с медицинской документацией устанавливается руководителем структурного подразделения, в котором оформляется указанная документация. График работы помещений для ознакомления с медицинской документацией - ежедневно в рабочие дни с 15.00 до 16.00.

2.6. В структурном подразделении ГБУЗ АО «ОКПБ» для фиксации факта ознакомления с медицинской документацией заводится 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 № 3);

2.7. Пациенты, которым оказывается медицинская помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, и передвижение которых по

медицинским причинам ограничено, в том числе ввиду назначенного режима лечения, имеют право на ознакомление с медицинской документацией непосредственно в структурном подразделении ГБУЗ АО «ОКПБ».

2.8. Сведения о наличии оснований для ознакомления с медицинской документацией непосредственно в структурном подразделении медицинской организации, указываются в письменном запросе и заверяются подписью руководителя соответствующего структурного подразделения ГБУЗ АО «ОКПБ».

2.9. 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), при соблюдении условий, обозначенных в п.п. 1.3-1.4 и 2.2 настоящего Порядка.

2.10. Максимальный срок ожидания пациентом либо его законным представителем для ознакомления с медицинской документацией с момента регистрации в ГБУЗ АО «ОКПБ» письменного запроса не должен превышать 30 дней (ФЗ № 59 от 02.05.2006 г. «О порядке рассмотрения обращений граждан РФ»).

СОГЛАСОВАНО

Заместитель главного врача по поликлинической работе


_____ **Е.В. СОБОЛЕВА**

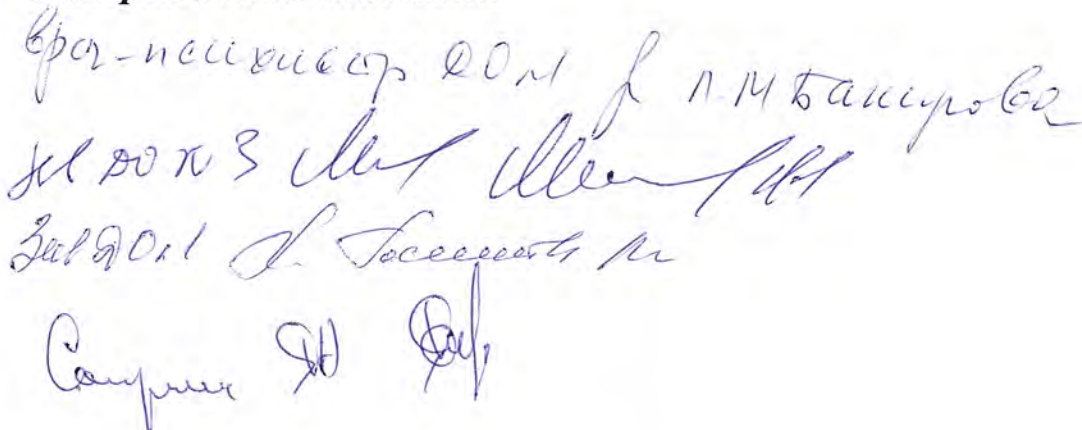
« 8 » августа 2018 г.

Заместитель главного врача по лечебной работе

_____ **В.С. ТАРХАНОВ**

« ___ » _____ 2018 г.

С «Порядком» ознакомлены:


врач-педиатр 2011 г. П.М. Бакурова
Мед. сестра 2011 г. А.М. Сидорова
Зав. отд. 2011 г. С. Сосновский
Сестра 2011 г. С. Сосновский

Приложение № 1
к Положению о порядке ознакомления пациента
или его законного представителя
с оригиналами медицинской документации в ГБУЗ АО «ОКПБ»

Заместителю главного врача ГБУЗ АО «ОКПБ»
по _____ работе

_____ ФИО заместителя главного врача

ОТ _____ ФИО пациента (законного представителя)

_____ место жительства/пребывания
(пациента/законного представителя)

_____ паспорт: серия, номер (пациента/законного представителя)

_____ реквизиты документа, подтверждающие полномочия законного представителя

_____ почтовый адрес для направления письменного ответа

_____ контактный номер

Заявление

Прошу предоставить мне для ознакомления оригинал амбулаторной, стационарной (нужное подчеркнуть) медицинской карты пациента, оформленной на имя _____
(Ф.И.О. пациента)

в период оказания ему медицинской помощи с _____ 20__ г. по _____ 20__ г.

О необходимости аккуратного и бережного обращения с предоставленной для ознакомления медицинской документацией предупрежден.

_____/_____
Дата Подпись ФИО

Приложение № 2
к Положению о порядке ознакомления пациента
или его законного представителя
с оригиналами медицинской документации в ГБУЗ АО «ОКПБ»

**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

Приложение № 3
к Положению о порядке ознакомления пациента
или его законного представителя
с оригиналами медицинской документации в ГБУЗ АО «ОКПБ»

Журнал учета работы помещения для ознакомления с медицинской документацией

	Дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией
	Время выдачи медицинской документации на руки пациенту либо его законному представителю и ее возврата
	ФИО (при наличии) пациента либо его законного представителя, получившего на руки медицинскую документацию
	Реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента либо его законного представителя (сведения Заполняются на основании документа, Удостоверяющего личность пациента либо его законного представителя)
	Реквизиты документа, подтверждающего Полномочия законного представителя Пациента (сведения заполняются на основании документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента)
	ФИО (при наличии) лечащего врача или Другого медицинского работника, Принимающего непосредственное участие В медицинском обследовании и лечении пациента
	Вид выданной на руки пациенту либо его законному представителю медицинской документации
	Личная подпись пациента либо его законного представителя об ознакомлении с медицинской документацией