МБУЗ «ЦРБ» Неклиновского района Ростовской области

Приказ N 151

 05 декабря 2016 г. с. Покровское

 В соответствий с частью 4 статьи 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165), во исполнениеприказа Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 29 июня 2016 г. N 425н г. Москва "Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента" (Зарегистрирован в Минюсте РФ 14 ноября 2016 г., регистрационный N 44336)

**приказываю**:

1. Утвердить прилагаемый Порядок ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента в МБУЗ «ЦРБ» Неклиновского района Ростовской области.
2. Ответственность за исполнение данного приказа возложить на заведующую кабинетом учета и статистики Качанову Л.С.

Главный врач МБУЗ «ЦРБ»

Неклиновского района Д.В. Кузнецов.

 «Утверждаю»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Главный врач МБУЗ «ЦРБ»

 Неклиновского района РО

 Кузнецов Д.В.

**Порядок ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента в МБУЗ «ЦРБ» Неклиновского района Ростовской области.**

(приказ МБУЗ «ЦРБ» Неклиновского района 151 от 05.12.2016)

1. Настоящий Порядок устанавливает правила ознакомления пациента либо его законного представителя с оригиналами медицинской документации, отражающей состояние здоровья пациента и находящейся на рассмотрении в МБУЗ «ЦРБ» Неклиновского района Ростовской области, осуществляющего медицинскую деятельность на основании лицензии ЛО-61-01-004867 от 18.12.2015, ЛО-61-01-004996 от 17.02.2016, ЛО-61-01-005362 от 28.07.2016.

2. Основаниями для ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией является поступление в медицинскую организацию от пациента либо его законного представителя письменного запроса о предоставлении медицинской документации для ознакомления на имя главного врача МБУЗ «ЦРБ» Неклиновского района - приложение 1 (далее - письменный запрос).

3. Рассмотрение письменных запросов осуществляется главным врачом МБУЗ «ЦРБ» Неклиновского района или уполномоченным заместителем.

4. Ознакомление пациента либо его законного представителя с медицинской документацией осуществляется в кабинете учета и медицинской статистики МБУЗ «ЦРБ» Неклиновского района (далее - помещение для ознакомления с медицинской документацией).

5. Перед передачей пациенту или его законному представителю для ознакомления оригинала медицинской документации соответствующее подразделение МБУЗ «ЦРБ» Неклиновского района обеспечивается сохранение копии медицинской документации на бумажном носителе.

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

6. График работы помещения для ознакомления с медицинской документацией: ежедневно с 8.00 до 16.00.

 7. В помещении для ознакомления с медицинской документацией ведутся следующие учетные документы (приложение 2,3):

а) журнал предварительной записи посещений помещения для ознакомления с медицинской документацией (далее - журнал предварительной записи);

б) журнал учета работы помещения для ознакомления с медицинской документацией (далее - журнал учета работы помещения).

8. 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 кабинета для ознакомления с медицинской документацией с момента регистрации письменного запроса не должен превышать сроков, установленных требованиями законодательства о порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации1.

9. Пациенты, которым оказывается медицинская помощь в стационарных условиях 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 МБУЗ «ЦРБ» Неклиновского района, в котором они пребывают.

 Сведения о наличии оснований для ознакомления с медицинской документацией непосредственно в структурном подразделении, пациент указывает в письменном запросе. Запрос заверяется подписью заведующего соответствующего структурного подразделения МБУЗ «ЦРБ» Неклиновского района.

Заведующий так же обеспечивает возможность ознакомления пациента с медицинской документацией.

10. 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).

1 Федеральный закон от 2 мая 2006 года N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 19, ст. 2060; 2015, N 45, ст. 6206).

Приложение 1

 Главному врачу МБУЗ «ЦРБ»

 Неклиновского района РО

 Кузнецову Д.В.

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 /фамилия, имя и отчество пациента

 или его законного представителя/

проживающего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

/место жительства (пребывания) пациента/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 /номер контактного телефона/

Запрос

о предоставлении оригинала медицинской документации для ознакомления.

 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" прошу Вас предоставить мне оригинал медицинской документации пациента МБУЗ «ЦРБ»

Неклиновского района \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

 фамилия, имя и отчество пациента, дата рождения серия номер

за период с « »\_\_\_ 20\_\_\_г, по « »\_\_\_ 20\_\_\_г.

 Решение о дате и времени посещения для ознакомления с медицинской документацией прошу представить по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ или \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

/почтовый адрес для направления письменного ответа/ E-mail в сроки установленные требованиями Федерального закона от 2 мая 2006 года N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации".

Для законного представителя пациента:

а) паспорт \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ (серия, номер)

е) реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

«Согласовано»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись ФИО уполномоченного лица

«Согласовано»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись ФИО заведующего отделением

Регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 2

Журнал

предварительной записи посещений помещения для ознакомления с медицинской документацией.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | фамилия, имя и отчество 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 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |

Приложение 3

Журнал

учета работы помещения для ознакомления с медицинской документацией.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ФИО пациента либо его законного представителя, получившего на руки медицинскую документацию | дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией | время | реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента либо его законного представителя (сведения заполняются на основании документа); | реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента (сведения заполняются на основании документа) | ФИО лечащего врача  | вид выданной на руки пациенту либо его законному представителю медицинской документации | личная подпись пациента либо его законного представителя об ознакомлении с медицинской документацией |
| выдачи | возврата |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |