**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА N 6 (МБУЗ СП № 6)**

**П Р И К А З**

**09 января 2019 года № 37 - од**

г.Челябинск

**Об утверждении Порядка ознакомления пациента**

**или его законного представителя с медицинской документацией,**

**отражающей состояние здоровья пациента в МБУЗ СП №6**

Во исполнение

- Федерального закона РФ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- приказа МЗ РФ №425н от 29.06.2016г. «Об утверждении Порядка ознакомления пациента или его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Порядок ознакомления пациента (законного представителя пациента)

с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента в МБУЗ СП №6 (Приложение №1).

2. Утвердить форму письменного запроса о предоставлении медицинской документации для ознакомления (Приложение №2).

3. Утвердить форму Журнала предварительной записи посещений кабинета для ознакомления с медицинской документацией (Приложение №3).

4. Утвердить форму Журнала учета работы кабинета для ознакомления с медицинской документацией (Приложение №4).

5. Назначить ответственным за ознакомление пациента (законного представителя пациента) с медицинской документацией МБУЗ СП №6 зав. лечебно-профилактическим отделением Топунову А.С.

6. Ответственной Топуновой А.С.:

6.1. Предоставлять свои предложения о внесении изменений и дополнений в Порядок ознакомления пациента (законного представителя пациента) с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента в МБУЗ СП №6.

6.2. О результатах проводимой работы ежеквартально доводить до сведения главного врача.

7. Контроль за исполнением данного приказа оставляю за собой.

Главный врач Е.А.Мозговая

Приложение №1

к приказу №37 - од

от 09 января 2019г.

**Порядок ознакомления пациента (законного представителя пациента)**

**с медицинской документацией,**

**отражающей состояние здоровья пациента в МБУЗ СП №6**

1. Настоящее Положение устанавливает порядок ознакомления пациента МБУЗ СП №6 (законного представителя пациента) с оригиналами медицинской документации МБУЗ СП №6, отражающей состояние его здоровья.
2. Основанием для ознакомления пациента (законного представителя пациента) с медицинской документацией является поступление от пациента (законного представителя пациента) письменного запроса о предоставлении медицинской документации для ознакомления на имя главного врача МБУЗ СП №6 (исполняющего обязанности главного врача).
3. Бланк письменного запроса можно получить в регистратуре МБУЗ СП №6.
4. Рассмотрение письменных запросов осуществляется главным врачом МБУЗ СП №6 (исполняющим обязанности главного врача).
5. Ознакомление пациента (законного представителя пациента) с медицинской документацией осуществляется в кабинете заведующего лечебно-профилактического отделения (кабинет №14).
6. Перед передачей пациенту или его законному представителю для ознакомления оригинала медицинской документации заведующим соответствующим отделением обеспечивается сохранение копии медицинской документации на бумажном носителе.

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

1. График работы кабинета №14 для ознакомления с медицинской документацией: понедельник, среда, пятница (в рабочие дни) с 14.00 до 16.00.
2. В кабинете №14 для ознакомления с медицинской документацией ведутся следующие учетные документы: журнал предварительной записи посещений кабинета для ознакомления с медицинской документацией и журнал учета работы кабинета для ознакомления с медицинской документацией.
3. Предварительные дата и время посещения пациентом (законным представителем пациента) кабинета №14 для ознакомления с медицинской документацией, устанавливаются с учетом графика работы кабинета 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 в медицинской организации письменного запроса не должен превышать 30 дней.

1. Пациент имеет право ознакомиться с записями, сделанными медицинским работником в медицинской документации во время приема.
2. Кабинет для ознакомления с документацией оснащен видеонаблюдением.

Приложение №2

к приказу №37 - од

от 09 января 2019г.

Главному врачу МБУЗ СП №6

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

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента/законного представителя)

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

(адрес места жительства (пребывания)

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

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

(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

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

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

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия

законного представителя пациента)

Заявление

Прошу предоставить для ознакомления медицинскую карту, отражающую состояние

здоровья гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

За период оказания в МБУЗ СП №6 медицинской помощи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Почтовый адрес для письменного ответа: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер контактного телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_