**Порядок**

**ознакомления пациента, либо его законного представителя**

**с медицинской документацией, отражающей состояние**

**здоровья пациента, в ОБУЗ «КОСП»**

**1. Общие положения.**

1.1. Порядок ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента (далее Порядок) установлен в целях обеспечения прав граждан на непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента и находящейся в ОБУЗ «КОСП», при их обращении в ОБУЗ «КОСП» (далее медицинское учреждение, учреждение), осуществляющем медицинскую деятельность на основании Устава и лицензии на медицинскую деятельность, в соответствии с Конституцией Российской Федерации, Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом Российской Федерации от 07 февраля 1992 года № 2300-1 «О защите прав потребителей», Федеральным законом от 2 мая 2006 года № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», Федеральный закон от 27.07.2006 № 149-ФЗ«Об информации, информационных технологиях и о защите информации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 года № 1050н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента».

1.2. Супруг (супруга), дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушки, бабушки (далее близкие родственники) 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 (далее – уполномоченные лица), 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.

1.3. Настоящий Порядок устанавливает правила и условия ознакомления пациента, его законного представителя, близкого родственника либо уполномоченного лица, с оригиналами медицинской документации, отражающей состояние здоровья пациента и находящейся в ОБУЗ «КОСП» (далее - меддокументация)

**2. Основания для ознакомления Пациента с меддокументацией.**

2.1. Основаниями для ознакомления пациента, его законного представителя либо близкого родственника, уполномоченного лица с меддокументацией, за исключением случаев, предусмотренных разделом 4 настоящего Порядка, является поступление в ОБУЗ «КОСП» от пациента, его законного представителя, близкого родственника либо уполномоченного лица письменного запроса, в том числе в электронной форме, на имя главного врача, о предоставлении меддокументации для ознакомления (далее - Запрос).

2.2. В Запросе обязательно указываются следующие сведения:

а) фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента;

б) фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя пациента, близкого родственника либо уполномоченного лица;

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 родство, полномочия (при наличии) законного представителя пациента (номер и серия (при наличии), дата выдачи, наименование выдавшего органа);

е) период оказания пациенту медицинской помощи в ОБУЗ «КОСП», за который Пациент, законный представитель, близкий родственник либо уполномоченное лицо, желает ознакомиться с медицинской документацией;

ж) почтовый (электронный) адрес для направления письменного ответа;

з) номер контактного телефона (при наличии);

2.3. Запрос оформляется на бланке (приложение № 2), размещаемом на бумажном носителе на информационном стенде ОБУЗ «КОСП» и в виде скачиваемого файла на официальном сайте ОБУЗ «КОСП», либо в произвольной форме с указанием сведений, предусмотренных п.2.2 настоящего Порядка, подписывается составителем с указанием даты составления и направляется в Учреждение по почте либо нарочно. Запрос в электронной форме направляется на электронный адрес ОБУЗ «КОСП».

2.4. Запрос, поступивший в ОБУЗ «КОСП», в том числе в электронной форме, в течение рабочего дня регистрируется секретарем руководителя в журнале регистрации входящих документов и в день их регистрации представляется на рассмотрение Главному врачу.

В течение рабочего дня после регистрации письменного запроса, секретарь руководителя доступными средствами связи, в том числе по номеру контактного телефона (при наличии) либо по электронной почте (при наличии), уведомляет лицо, направившее письменный запрос, о дате регистрации и входящем номере зарегистрированного письменного запроса. По запросам предоставляемым нарочно, лицо уведомляется одновременно с его принятием, путем проставления на втором экземпляре (копии запроса) даты регистрации и входящего номера.

2.5. Запросы, поступившие по электронной почте либо путем формирования через Единый портал государственных и муниципальных услуг или информационные системы после 17:00 или в выходной, праздничный день, считаются поступившими на следующий день или первый рабочий день.

2.6. Секретарь руководителя несет ответственность за:

а) регистрацию запросов в течение рабочего дня с их поступления в медицинскую организацию, с учетом положений п. 2.5. настоящего Порядка;

б) за своевременное уведомление заявителя о дате регистрации и входящем номере запроса;

в) за своевременную передачу запросов пациентов (их законных представителей, близких родственников либо уполномоченных лиц) на исполнение лицу, ответственному за ознакомление пациентов либо их законных представителей с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента .

**3. Рассмотрение Запроса.**

3.1. Рассмотрение Запроса осуществляется Главным врачом ОБУЗ «КОСП».

3.2. Результатом рассмотрения Запроса является решение о предоставлении либо об отказе в предоставлении для ознакомления меддокументации Пациенту, его законному представителю, близкому родственнику или уполномоченному лицу, подписанное Главным врачом.

3.3. В течении рабочего дня с момента поступления Запроса в ОБУЗ «КОСП», Главный врач отписывает его на исполнение лицу, ответственному за ознакомление пациентов либо их законных представителей с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента, назначенного Приказом ОБУЗ «КОСП».

3.4. Ответственным лицом, за ознакомление пациентов либо их законных представителей с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента, на основании сведений, указанных в Запросе, осуществляется проверка оснований предоставления меддокументации Пациенту, его законному представителю, близкому родственнику либо  уполномоченному лицу, в том числе, ноне ограничиваясь, наличии в запросе всех сведений согласно п. 2.2 настоящего Порядка, полномочия заявителя на ознакомление с меддокументацией, информация о наличии в ОБУЗ «КОСП» оригиналов меддокументации, отражающей состояние здоровья пациента в запрашиваемый период.

3.5.Ознакомление законных представителей пациентов, их близких родственников либо уполномоченных лиц с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента осуществляется после проверки письменного согласия на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну (если пациент его оформлял), или информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, в том числе после смерти пациента, в котором пациент мог либо предоставить право какому- либо лицу получить информацию, составляющую врачебную тайну пациента, либо наоборот, запретить предоставление этой информации либо конкретному лицу, либо всем лицам, указанным в п. 1.2. настоящего Порядка.

3.6.В течение двух рабочих дней со дня поступления письменного запроса в ОБУЗ «КОСП», ответственное лицо за ознакомление пациентов либо их законных представителей с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента, обеспечивает своевременное информирование пациента, его законного представителя, близкого родственника либо уполномоченного лица, доступными средствами связи, в том числе, ноне ограничиваясь, по почте, по номеру контактного телефона (при наличии) либо по электронной почте (при наличии), 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, его законным представителем, близким родственником либо уполномоченным лицом, предоставления возможности для ознакомления с медицинской документацией не должен превышать десяти рабочих дней со дня поступления письменного запроса в ОБУЗ «КОСП».

3.7. В случае выявления оснований для отказа в предоставлении меддокументации для ознакомления, ответственное лицо за ознакомление пациентов либо их законных представителей с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента, в течение двух рабочих дней со дня поступления запроса в ОБУЗ «КОСП», обеспечивает информирование в письменном виде пациента, его законного представителя, близкого родственника либо уполномоченного лица:

а) об основаниях для отказа;

б) о возможностях устранения оснований для отказа.

3.8. Лицо, ответственное за ознакомление пациентов либо их законных представителей с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента, несет ответственность:

а) за своевременную и качественную подготовку ответа для принятия решения по Запросу Главным врачом;

б) за соблюдение сроков информирования пациента, его законного представителя, близкого родственника либо уполномоченного лица о решении, принятым Главным врачом по Запросу.

**4**. **Условия и порядок ознакомления Пациента с записями,**

**сделанными медицинским работником в меддокументации**

**во время амбулаторного приема**.

4.1. При оказании первичной  медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях Пациенту, по его просьбе, врачом-специалистом ОБУЗ «КОСП» (далее - Специалист) предоставляется меддокументация для ознакомления с записями, сделанными Специалистом непосредственно во время этого приёма.

Факт ознакомления Пациента с записями, сделанными Специалистом во время текущего приема в меддокументации, удостоверяется подписью Пациента, с указанием даты и времени.

4.2. При желании Пациента, ознакомиться с иными записями и материалами, содержащимися в меддокументации, Специалист информирует Пациента, о его праве обратиться в ОБУЗ «КОСП» с письменным запросом и получить меддокументацию для ознакомления в установленном порядке.

4.3. Перед предоставлением Пациенту меддокументации для ознакомления с записями, сделанными во время текущего приема, Специалист ниже своей записи фиксирует факт предоставления меддокументации Пациенту, с указанием даты и времени этого события и скрепляет своей подписью. Непосредственно после возвращения меддокументации Пациентом, Специалист проверяет наличие подписи Пациента и указания им даты и времени.

«Запись о приеме по просьбе Пациента представлена для ознакомления «\_\_»\_\_\_\_20\_\_ в \_\_\_:\_\_\_. Подпись специалиста/ФИО.

Пациент ознакомлен подпись пациента/ФИО «\_\_»\_\_\_\_20\_\_ в\_\_:\_\_\_».

В случае отказа Пациента от подписи, Специалист, ниже ранее выполненной записи, отмечает факт ознакомления Пациента с записью приема, время и фиксирует отказ от подписи,  совместно с двумя любыми другими сотрудниками ОБУЗ «КОСП».

«Пациент ознакомлен с записью о приеме «\_\_»\_\_\_\_20\_\_\_ в\_\_:\_\_\_, от подписи отказался. Подпись специалиста/ФИО; Подпись сотрудника «КОСП»/ФИО; Подпись сотрудника «КОСП»/ФИО».

4.4. Право Пациента на ознакомление с записями, сделанными Специалистом во время приема, может быть реализовано при условии отсутствия возникновения (угрозы возникновения) нарушений прав других граждан на медицинскую помощь, угрозы для их жизни и здоровья и/или риска возникновения негативных последствий для их жизни и здоровья, если необходимая медицинская помощь этим гражданам может быть оказана.

**5. Условия и порядок непосредственного ознакомления**

**Пациента, законного представителя, близкого родственника либо**

**уполномоченного лица с меддокументацией по запросу.**

5.1. Ознакомление пациента, его законного представителя, близкого родственника либо уполномоченного лица с медицинской документацией осуществляется в помещении медицинской организации в присутствии лица, ответственного за ознакомление пациентов либо их законных представителей с медицинской документацией, с учетом графика работы медицинской организации.

5.2. В случае ведения медицинской документации только в форме электронных документов, в целях реализации процедуры ознакомления с медицинской документацией, пациенту, его законному представителю, близкому родственнику либо уполномоченному лицу, для ознакомления предоставляется заверенная копия данной меддокументации.

5.3. Перед ознакомлением с медицинской документацией Пациент, его законный представитель, близкий родственник либо уполномоченное лицо, предъявляет документ, удостоверяющий его личность, а в случае посещения Помещения законным представителем пациента, близким родственником, также документ, подтверждающий полномочия представителя пациента, родство. Сведения о предъявленных документах лицом, ответственным за ознакомление пациентов либо их законных представителей с медицинской документацией, вносится в Журнал учета работы помещения для ознакомления с медицинской документацией.

5.4. Лицом, ответственным за ознакомление пациентов либо их законных представителей с медицинской документацией, перед передачей пациенту, его законному представителю, близкому родственнику либо уполномоченному лицу оригинала медицинской документации для ознакомления, в устной форме доводится информация о необходимости аккуратного и бережного обращения с предоставленной для ознакомления медицинской документацией, недопустимости её порчи, внесения дополнительных записей и выноса за пределы помещения, с проставлением ознакамлеваемогоподписив запросе.

5.5. Факт получения пациентом, его законным представителем, близким родственником либо уполномоченным лицом оригинала медицинской документации для ознакомления фиксируется в Журнале учета работы помещения для ознакомления с медицинской документацией, путем проставления последними ФИО, числа и подписи.

5.6. В процессе ознакомления с медицинской документацией пациент, его законный представитель, близкий родственник либо уполномоченное лицо, вправе выписывать любые сведения и в любом объеме, снимать копии с медицинской документации, в том числе с помощью технических средств.

5.7. Лицо, ответственное за ознакомление пациентов либо их законных представителей с медицинской документацией, способствует спокойному ознакомлению Пациента, его законного представителя, близкого родственника либо уполномоченного лица с меддокументацией и не чинит им каких бы то ни было препятствий, в т.ч. к производству собственноручных выписок из меддокументации, самостоятельному ее копированию с помощью технических средств: портативных копировальных и сканирующих устройств, фотографирования, не наносящих ущерб, порчу медицинской документации.

5.8. Обеспечение процесса ознакомления Пациента, его законного представителя, близкого родственника либо уполномоченного лица с меддокументацией канцелярскими принадлежностями, компьютерной техникой, оргтехникой, устройствами фотосъемки, средствами связи и т.п. осуществляется последними самостоятельно в соответствии с собственными потребностями и за свой счет.

5.9. Лицо, ответственное за ознакомление пациентов либо их законных представителей с медицинской документацией, обязано находиться в Помещении в момент ознакомления Пациентом, его законным представителем, близким родственником либо уполномоченным лицом с меддокументацией, следить за порядком в Помещении, сохранностью его оснащения, соблюдением правил санитарно-противоэпидемического режима и правил внутреннего распорядка при его посещении, и в случае их нарушения предпринимает все необходимые меры для восстановления порядка и пресечения нарушений, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

5.10. По окончанию ознакомления Пациент, его законный представитель, близкий родственник либо уполномоченное лицо возвращает оригиналы меддокументации  лицу, ответственному за ознакомление пациентов либо их законных представителей с медицинской документацией. Лицо, ответственное за ознакомление пациентов либо их законных представителей с медицинской документацией, проверяет целостность возвращаемых оригиналов меддокументации.

5.11. Лицом, ответственным за ознакомление пациентов либо их законных представителей с медицинской документацией, в медицинскую документацию пациента вносятся сведения об ознакомлении пациента, его законного представителя, близкого родственника либо уполномоченного лица, с указанием даты поступления письменного запроса, даты ознакомления, фамилии, имени, отчества (при наличии) ознакомившегося лица, а также фамилии, имени, отчества (при наличии) и должности работника, зафиксировавшего факт ознакомления, с проставлением подписи указанного работника и пациента, его законного представителя, близкого родственника либо уполномоченного лица, в том числе, делается отметка об ознакомлении с применением технических средств (при наличии).

5.12. При выявлении признаков порчи или выноса меддокументации за пределы Помещения полностью или частично, лицо, ответственное за ознакомление пациентов либо их законных представителей с медицинской документацией совместно с двумя любыми другими сотрудниками ОБУЗ «КОСП» оформляет Акт о повреждениях, полной или частичной утрате оригиналов медицинской документации в ОБУЗ «КОСП» (приложение 3) (далее - Акт) в двух экземплярах.

5.12.1. Оформленный Акт подписывается лицом, ответственным за ознакомление пациентов либо их законных представителей с медицинской документацией, и сотрудниками, привлеченными к его оформлению. Лицо, ответственное за ознакомление пациентов либо их законных представителей с медицинской документацией предлагает подписать оформленный Акт Пациенту, его законному представителю, близкому родственнику либо уполномоченному лицу. В случае отказа Пациента, его законного представителя, близкого родственника либо уполномоченного лица подписать Акт, в нем указывается факт отказа от его подписания  и заверяется подписями лица, ответственного за ознакомление пациентов либо их законных представителей с медицинской документацией, и сотрудников, привлеченных к его составлению.

5.12.2. Один экземпляр Акта лицо, ответственное за ознакомление пациентов либо их законных представителей с медицинской документацией, представляет главному врачу ОБУЗ «КОСП», второй экземпляр передается в подразделение ОБУЗ «КОСП», в котором были взяты оригиналы меддокументации для ознакомления Пациента, его законного представителя, близкого родственника либо уполномоченного лица вместе с поврежденными, либо частично утраченными оригиналами меддокументации (при их наличии).

5.13. Сотрудник подразделения ОБУЗ «КОСП», получивший от лица, ответственного за ознакомление пациентов либо их законных представителей с медицинской документацией, назад оригиналы меддокументации в целостном виде, либо поврежденные или частично утраченные оригиналы меддокументации с Актом:

5.13.1. при сохранности оригиналов меддокументации- возвращает их в место хранения;

5.13.2. при частичной утрате оригиналов меддокументации- подшивает к ним сзади Акт;

5.13.3. при восстановлении меддокументации- подшивает к ним сзади Акт;

5.13.4. при полной утрате меддокументациии невозможности ее восстановления - хранит Акт.

5.14. Представленный главному врачу ОБУЗ «КОСП» Акт подлежит регистрации и рассмотрению главным врачом в установленном порядке.

5.14.1. Главный врач ОБУЗ «КОСП» на основании Акта и предложений юрисконсульта ОБУЗ «КОСП» принимает решение о мерах, необходимых для восстановления меддокументации на основе имеющихся в распоряжении ОБУЗ «КОСП» документов, и отдает соответствующие распоряжения.

Факт порчи, полной или частичной утраты меддокументациис последующим восстановлением и реквизиты Акта указываются на лицевой стороне полностью или частично восстановленной меддокументации.

5.14.2. Главный врач ОБУЗ «КОСП» на основании Акта и предложений юрисконсульта рассматривает вопрос о наличии признаков нарушений, допущенных при ознакомлении Пациента, его законного представителя, близкого родственника либо уполномоченного лица с меддокументацией, и о необходимости применения к лицам, допустившим нарушения, мер, предусмотренных законодательством Российской Федерации, в пределах своей компетенции.

Приложение № 2

к приказу № 149 (общ.) от 08.07.2024

График

ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента.

|  |  |
| --- | --- |
| Время ознакомления | Место ознакомления |
| 1 | 2 |
| в рабочие дни c понедельника по пятницус 9:00 до 12:00 и с 14:00 до 16:00 | г. Курск, ул. Радищева, д. 109каб. 103 |

Приложение № 3

к приказу № 149 (общ.) от 08.07.2024

Главному врачу ОБУЗ «КОСП»

Л.П.Драган

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

ФИО пациента (законного представителя,

близкого родственника, уполномоченного лица)

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

Место жительства / пребывания (пациента / законного представителя,

близкого родственника, уполномоченного лица)

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

Паспорт: серия, номер (пациента / законного представителя,

близкого родственника, уполномоченного лица)

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

Реквизиты документа, подтверждающие родство,

полномочия законного представителя, уполномоченного лица

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

Контактный номер телефона

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

Почтовый (электронный) адрес (пациента / законного представителя

близкого родственника, уполномоченного лица)

ЗАПРОС

Прошу предоставить для ознакомления оригиналы медицинской документации, а именно \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, отражающей состояние здоровья пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающего / зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в период оказания медицинской помощи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  20\_\_\_\_г. по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

Подписанием настоящего запроса, в целях его исполнения, подтверждаю свое согласие на обработку своих персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», указанных в настоящем запросе.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата Подпись ФИО

До передачи для ознакомления оригиналов медицинской документации мне в устной форме доведена информация о необходимости аккуратного и бережного обращения с предоставленной медицинской документацией, недопустимости её порчи, внесения дополнительных записей и выноса за пределы помещения.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата Подпись ФИО

 Приложение № 4

к приказу № 149 (общ.) от 08.07.2024

**Акт о повреждениях, полной или частичной утрате оригиналов медицинской документации в ОБУЗ «КОСП»**

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

Настоящий акт составлен:

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

(ФИО, должность)

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

(ФИО, должность)

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

(ФИО, должность)

в присутствии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО пациента, законного представителя, близкого родственника, уполномоченного лица)

в помещении №\_\_\_\_\_\_\_, расположенном по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и констатирует следующее: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

обстоятельства, приведшие к повреждениям, полнойили частичной

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

утрате оригиналов медицинской документации

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

Номер и дата записи в Журнале учета работы помещения для ознакомления с медицинской документацией: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вид, номер и иные реквизиты пострадавшей (утраченной) медицинской документации пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (при наличии), год рождения пациента, медицинская документация которого повреждена: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Адрес места жительства /пребывания пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Период лечения (наблюдения) пациента вОБУЗ «КОСП»: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя и отчество (при наличии) лица, получившего медицинскую документацию пациента для ознакомления: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата и время начала и окончания посещения лицом, получившеммедицинскую документацию пациента для ознакомления, помещения для ознакомления: \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сущность повреждений с указанием числа листов при полной или частичной утрате оригиналов медицинской документации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дополнительная информация (в случае необходимости): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подписи лиц, оставивших настоящий Акт, с указанием занимаемых должностей, фамилий и инициалов:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись лица, получившего медицинскую документацию пациента для ознакомления и ознакомленного с настоящим Актом, с расшифровкой: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Подписи лиц, подтверждающих, что лицо, получившее медицинскую документацию пациента для ознакомления, отказалось от ознакомления и/или подписания настоящего Акта (заполняется при наличии отказа):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Приложение № 5

к приказу № 149 (общ.) от 08.07.2024

Форма журнала учета работы помещения для ознакомления с медицинской документацией

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Дата запроса, вход. № | ФИО заявителя | Наименование и реквизиты медицинской документации, в т.ч. ФИО пациента | Документы заявителяудостоверяющие личность и полномочия | Дата и время получения медицинской документации для ознакомления | ФИО,подпись лица, получившего для ознакомления медицинскую документацию | Дата и время возврата медицинской документации после ознакомления  | ФИО,подпись лица, ознакомившегося с  медицинской документацией  | ФИО, должность, подпись лица, зафиксировавшего факт ознакомления с медицинской документацией |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |