

ПРИКАЗ

от «20» 01 2023.

№ 19/1

**«Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента в ГУЗ «ОККД»**

В соответствии с частью 4 статьи 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. № 1050н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. № 1051н «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

- 1.1. Порядок ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента (Приложение № 1);
- 1.2. форму запроса о предоставлении медицинской документации для ознакомления (Приложение № 2);
- 1.3. согласие пациента на передачу его персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну (Приложение № 3);
- 1.4. памятку по ознакомлению пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента в ГУЗ «ОККД» (Приложение № 4);
- 1.5. алгоритм действия сотрудников ГУЗ «ОККД» при ознакомлении пациентов и их представителей с медицинской документацией (Приложение № 5);
- 1.6. журнал регистрации документации об ознакомлении пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента в ГУЗ «ОККД» (Приложение № 6).

2. Определить помещением для ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией:

- в подразделении по адресу: Саратовская область, г.о. город Саратов, г. Саратов, Крымский проезд, зд. 16, - 5 этаж, аудиторию «Прелатов В.А.»;
- в подразделении по адресу: Саратовская область, г.о. город Саратов, г. Саратов, ул. 53 Стрелковой Дивизии, здание 8 - 5 этаж, конференц-зал;
- в подразделении по адресу: Саратовская область, г.о. город Саратов, г. Саратов, ул. Крымская, зд. 15, строение 1 – г. Саратов, ул. Крымская, зд. 15, строение 2, 2 этаж, конференц-зал;
- в подразделении по адресу: Саратовская область, г.о. город Саратов, г. Саратов, ул. Крымская, зд. 15А – 4 этаж, конференц-зал.

3. Возложить обязанности за соблюдением «Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента» (Приложение № 1) на заведующего кабинетом медицинской статистики - врача-статистика Абеленцеву Н.Ю..
4. Возложить ответственность за выдачу медицинской документации для ознакомления пациенту либо его законному представителю:
- в подразделении по адресу: Саратовская область, г.о. город Саратов, г. Саратов, Крымский проезд, зд. 16, - медицинского статистика Кудратову Ю.А. (при отсутствии – на лицо исполняющее обязанности);
  - в подразделении по адресу: Саратовская область, г.о. город Саратов, г. Саратов, ул. 53 Стрелковой Дивизии, здание 8, документоведа Удодову С.В. (при отсутствии – на лицо исполняющее обязанности);
  - в подразделении по адресу: Саратовская область, г.о. город Саратов, г. Саратов, ул. Крымская, зд. 15, строение 1 – медицинского статистика Николаеву Н.Г. (при отсутствии – на лицо исполняющее обязанности);
  - в подразделении по адресу: Саратовская область, г.о. город Саратов, г. Саратов, ул. Крымская, зд. 15А – медицинского статистика Суркову Е.А. (при отсутствии – на лицо исполняющее обязанности).
5. Начальнику отдела информационного обеспечения Варюхину Д.А. совместно со специалистом по связям с общественностью Симонцевой Е.А. обеспечивать актуализацию информации о «Порядке ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента» на официальном сайте ГУЗ «ОККД».
6. Считать утратившим силу Приказ по ГУЗ «Областной клинический кардиологический диспансер» от 01.03.2022 г. № 57/1 «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента в ГУЗ «ОККД».
7. Секретарю руководителя Паршиной Э.Э. довести приказ по сведения заинтересованных лиц под подпись.
8. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Главный врач ГУЗ «ОККД», к.м.н.

Дудаков В.А.

Согласовано:

Заместитель главного врача по медицинской части

Толстов С.Н.

Заместитель главного врача по организации работы

Семенова А.С.

Начальник юридического отдела

Смирнова Л.А.

Исполнитель:

заведующий организационно-методической службой Веденеева Ж.А.

«Утверждаю»  
Главный врач ГУЗ «ОККД»  
к.м.н. В.А. Дудаков  
« » 2023 г.

---

**ПОРЯДОК  
ОЗНАКОМЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА ЛИБО ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ  
С МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ, ОТРАЖАЮЩЕЙ СОСТОЯНИЕ  
ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА.**

1. Настоящий Порядок устанавливает правила ознакомления пациента либо его законного представителя с оригиналами медицинской документации, отражающей состояние здоровья пациента, находящегося в настоящий момент на лечении или закончившего лечение в ГУЗ «Областной клинический кардиологический диспансер».
2. Пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента и находящейся в медицинской организации.
3. Супруг (супруга), дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушки, бабушки 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, 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.
4. Основаниями для ознакомления пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, с медицинской документацией, за исключением случаев, предусмотренных пунктом 14 настоящего Порядка, является поступление в медицинскую организацию запроса, в том числе в электронной форме, пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, о предоставлении медицинской документации для ознакомления (далее - письменный запрос).
5. Письменный запрос содержит следующие сведения:
  - а) фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента;
  - б) фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя пациента либо лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка;
  - 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 полномочия (при наличии) законного представителя пациента (номер и серия (при наличии), дата выдачи, наименование выдавшего органа);

е) период оказания пациенту медицинской помощи в медицинской организации, за который пациент, его законный представитель либо лицо, указанное в пункте 3 настоящего Порядка, желает ознакомиться с медицинской документацией;

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

з) номер контактного телефона (при наличии).

Бланк письменного запроса для ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией размещен на официальном сайте медицинской организации: [oks.medportal.saratov.gov.ru](http://oks.medportal.saratov.gov.ru) в разделе «Нормативная база», а также бланк письменного запроса можно получить в регистратуре ГУЗ «ОККД».

6. Письменный запрос может быть направлен в адрес Учреждения: почтовым отправлением, с помощью факсимильной связи, а также предоставлен непосредственно в медицинскую организацию лично пациентом либо его законным представителем.

Письменный запрос в электронной форме направляется на электронный адрес медицинской организации [sarOKXC@mail.ru](mailto:sarOKXC@mail.ru).

7. Прием письменного запроса в ГУЗ «ОККД» осуществляется в рабочие дни с 08:00 до 15:00 по адресу:

- Саратовская область, г.о. город Саратов, г. Саратов, Крымский проезд, зд. 16, - 5 этаж, каб. 501;

- Саратовская область, г.о. город Саратов, г. Саратов, ул. 53 Стрелковой Дивизии, здание 8, 5 этаж, каб. 504А.

8. Поступивший письменный запрос, в том числе в электронной форме, в течение рабочего дня регистрируется секретарем руководителя. В течение рабочего дня после регистрации письменного запроса секретарем 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.

9. Рассмотрение письменных запросов осуществляется руководителем медицинской организации или уполномоченным заместителем руководителя медицинской организации.

В течение двух рабочих дней со дня поступления письменного запроса пациент, его законный представитель либо лицо, указанное в пункте 3 настоящего Порядка, информируется доступными средствами связи, в том числе по номеру контактного телефона (при наличии) либо по электронной почте (при наличии), работником медицинской организации ответственным за соблюдением «Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента» 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 либо лицом, указанным в пункте 3 настоящего Порядка, предоставления возможности для ознакомления с медицинской документацией не должен превышать десяти рабочих дней со дня поступления письменного запроса.

10. Ознакомление пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, с медицинской документацией осуществляется в помещении медицинской организации в присутствии работника, ответственного за выдачу медицинской документации для ознакомления, с учетом графика работы медицинской организации.

11. Перед передачей пациенту, его законному представителю либо лицу, указанному в пункте 3 настоящего Порядка, для ознакомления оригинала медицинской документации до сведения указанного лица в устной форме доводится информация о необходимости аккуратного и бережного обращения с предоставленной для ознакомления медицинской документацией. В процессе ознакомления с медицинской документацией пациент, его законный представитель либо лицо, указанное в пункте 3 настоящего Порядка, вправе выписывать любые сведения и в любом объеме, снимать копии с медицинской документации, в том числе с помощью технических средств.

12. В медицинскую документацию пациента вносятся сведения об ознакомлении пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, с данной медицинской документацией, 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.

13. Пациенты, которым оказывается медицинская помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, имеют право на ознакомление с медицинской документацией непосредственно в структурном подразделении медицинской организации, в котором они пребывают.

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 медицинской организации. Заведующий структурным подразделением медицинской организации обеспечивает возможность ознакомления пациента с медицинской документацией.

14. 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).

15. В случае ведения медицинской документации в форме электронных документов медицинская организация при поступлении письменного запроса пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, обязана ознакомить указанное лицо с данной документацией в соответствии с настоящим Порядком.

При необходимости и в целях реализации процедуры ознакомления с медицинской документацией, сформированной в форме электронных документов, медицинская организация предоставляет заверенную копию данной медицинской документации.

Главному врачу ГУЗ  
«Областной клинический кардиологический диспансер»  
к.м.н. В.А. Дудакову

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя и отчество (при наличии) лица, направившего запрос)

(реквизиты документа, удостоверяющего личность лица, направившего запрос (номер и серия (при наличии), дата выдачи, наименование выдавшего органа)

реквизиты документа, подтверждающего полномочия (при наличии) законного представителя пациента (номер и серия (при наличии), дата выдачи, наименование выдавшего органа) 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", приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. № 1050н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента»

тел: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (почтовый (электронный) адрес для направления письменного ответа)

### Запрос о предоставлении медицинской документации для ознакомления

Прошу предоставить для ознакомления оригинал медицинской документации, отражающей состояние моего здоровья (моего представляемого)

\_\_\_\_\_ фамилия, имя и отчество (при наличии), место жительства (пребывания) пациента  
за период:

с «\_\_» \_\_\_\_\_ года по «\_\_» \_\_\_\_\_ года.  
указать период оказания пациенту медицинской помощи в ГУЗ «ОККД», за который пациент либо его законный представитель желает ознакомиться с медицинской документацией

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_/подпись/

Предварительные дата, время и место в медицинской организации, в котором будет происходить ознакомление пациентом либо его законным представителем с медицинской документацией:

\_\_\_\_\_  
\*При подаче заявления и получении ответа заявитель обязан предъявить паспорт или иной документ, удостоверяющий личность.

\* Такой запрос могут подать: пациент, его законные представители, супруг (супруга), дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушки, бабушки 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, в том числе после его смерти, если пациент или его законный представитель не запретил разглашение сведений, составляющих врачебную тайну.

к приказу № 19/1 от 20.01. 2023 года

# **Согласие пациента на передачу его персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну**

Я, \_\_\_\_\_ (Ф. И. О.  
пациента), «\_\_» \_\_\_\_\_ г. р., зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_,

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан «\_\_» \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_,  
разрешаю

предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения,  
составляющие врачебную тайну, в т.ч. после моей смерти, следующим лицам:

1. \_\_\_\_\_ (Ф. И. О., данные паспорта)
2. \_\_\_\_\_ (Ф. И. О., данные паспорта)

Передача моих данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться  
только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно. Я  
оставляю за собой право отозвать свое согласие.

Подпись пациента/законного представителя пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка)

Пациент подписался в моем присутствии:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись врача, расшифровка с указанием должности)

## Памятка по ознакомлению пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента в ГУЗ «ОККД»

1. Пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента и находящейся в ГУЗ «ОККД».

2. Супруг (супруга), дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушки, бабушки 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, 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.

3. Основаниями для ознакомления с медицинской документацией, за исключением случаев ознакомления с записями, сделанными медицинским работником в медицинской документации во время приема (посещения на дому) при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, является поступление в ГУЗ «ОККД» запроса, в том числе в электронной форме.

### 4. Письменный запрос должен содержать следующие сведения:

- а) фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента;
- б) фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя пациента либо лица, указанного в пункте 2 настоящей Памятки;
- 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 полномочия (при наличии) законного представителя пациента (номер и серия (при наличии), дата выдачи, наименование выдавшего органа);
- е) период оказания пациенту медицинской помощи в медицинской организации, за который пациент, его законный представитель либо лицо, указанное в пункте 2 настоящей Памятки, желает ознакомиться с медицинской документацией;
- ж) почтовый (электронный) адрес для направления письменного ответа;
- з) номер контактного телефона (при наличии).

5. Письменный запрос может быть направлен по почте либо доставляется нарочно в ГУЗ «ОККД» по адресу: 410039, Саратовская область, г.о. город Саратов, г. Саратов, Крымский проезд, здание 16. Письменный запрос в электронной форме направляется на электронный адрес sarokxc@mail.ru.

6. Пациент, его законный представитель либо лицо, указанное в пункте 2 настоящей Памятки, имеет право знакомиться с медицинской документацией в течение пяти рабочих дней с учетом графика работы учреждения.

7. Максимальный срок ожидания предоставления возможности для ознакомления с медицинской документацией не должен превышать десяти рабочих дней со дня поступления письменного запроса.

8. Ознакомление пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 2 настоящей Памятки, с медицинской документацией осуществляется в помещении медицинской организации в присутствии работника, ответственного за выдачу медицинской документации для ознакомления, с учетом графика работы медицинской организации.

9. Пациент, его законный представитель либо лицо, указанное в пункте 2 настоящей Памятки должен аккуратного и бережного обращаться с предоставленной для ознакомления медицинской документацией. Так же вправе выписывать любые сведения и в любом объеме, снимать фотокопии с медицинской документации.

10. Пациенты, которым оказывается медицинская помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, имеют право на ознакомление с медицинской документацией непосредственно в структурном подразделении медицинской организации, в котором они пребывают.

11. 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).

**Алгоритм действия сотрудников ГУЗ «ОККД» при ознакомлении  
пациентов и их представителей с медицинской документацией**

**1. Зарегистрируйте у секретаря главного врача запрос в день обращения.**

Запрос может быть в бумажном или электронном виде. Удостоверьтесь, что в запросе есть все обязательные сведения: Ф. И. О. пациента; Ф. И. О. заявителя; место жительства (пребывания) пациента; паспортные данные заявителя; реквизиты документов, которые подтверждают подтверждающего полномочия законного представителя пациента (если есть); период оказания пациенту медпомощи в медорганизации; электронная почта и номер телефона.

**2. Идентифицируйте заявителя.** Убедитесь, что заявитель есть в согласии пациента на разглашение врачебной тайны или ИДС. Проверьте, совпадают ли Ф.И.О. и паспортные данные заявителя с данными, которые указал пациент в согласии.

**3. Уведомите о регистрации запроса.** Сообщите заявителю информацию об обращении на следующий рабочий день после регистрации запроса. Назовите дату регистрации и входящий номер. Укажите дни и часы, когда заявитель может ознакомиться с меддокументами. Предупредите заявителя, что на ознакомление у него будет пять рабочих дней. По истечении этого срока запрос нужно будет делать повторно.

**4. Ознакомьте пациента или его представителя с документом.** Это можно сделать в любом помещении клиники. Предупредите заявителя, что документы изучают только в рабочее время ответственного сотрудника.

**5. Поставьте отметку в медкарте пациента.** В документе делают запись об ознакомлении. Запись должна содержать: дату регистрации запроса и дату фактического ознакомления, Ф. И. О. и подпись пациента, законного представителя пациента, а также Ф. И. О., должность и подпись сотрудника медорганизации.

Приложение № 6  
к приказу № 19/4 от 20.01. 2023 г.

### Журнал

регистрации документации об ознакомлении пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента в ГУЗ «ОКЖД»

| №<br>п/п | Фамилия, имя и отчество<br>(при наличии) пациента | Дата рождения<br>пациента | Адрес места<br>жительства<br>пациента | Дата регистрации<br>письменного<br>запроса пациента<br>(законного<br>представителя) | Период оказания пациенту медицинской<br>помощи в медицинской организации, за<br>который пациент (законный<br>представитель) желает ознакомиться с<br>медицинской документацией. |                           |
|----------|---------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
|          |                                                   |                           |                                       |                                                                                     | Дата начала<br>периода                                                                                                                                                          | Дата окончания<br>периода |
| 1        | 2                                                 | 3                         | 4                                     | 5                                                                                   | 6                                                                                                                                                                               | 7                         |

| Фамилия, имя и<br>отчество (при<br>наличии) лица,<br>направившего<br>запрос | С информацией о необходимости<br>аккуратного и бережного<br>обращения с предоставленной<br>медицинской документацией<br>ознакомлен (дата, подпись) | Дата ознакомления с<br>медицинской<br>документацией<br>пациентом (законным<br>представителем) | С оригиналами медицинской документации,<br>отражающей состояние здоровья пациента<br>ознакомлен (дата, подпись) |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                             |                                                                                                                                                    |                                                                                               |                                                                                                                 |
| 8                                                                           | 9                                                                                                                                                  | 10                                                                                            | 11                                                                                                              |