**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**«СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 3»**

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ**

**ПРИКАЗ**

**от 09.01.2020**  **№ 77 - п**

**Об утверждении Положения о порядке ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Специализированная психиатрическая больница №3» министерства здравоохранения Краснодарского края**

Во исполнение федерального закона от 29.06.2016 №425н «Об утверждении порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента», п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить Положение о порядке (далее по тексту – Порядок) ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Специализированная психиатрическая больница №3» министерства здравоохранения Краснодарского края согласно приложению №1.
2. Утвердить форму запроса о предоставлении медицинской документации для ознакомления (приложение №2).
3. Утвердить форму журнала предварительной записи посещений помещения для ознакомления с медицинской документацией (Приложение №3).
4. Утвердить форму журнала учета работы помещения для ознакомления с медицинской документацией (Приложение № 4).
5. Утвердить график работы помещения для ознакомления с медицинской документацией (приложение №5).
6. Назначить должностным лицом, ответственным за соблюдение Порядка заведующего приемным отделением Бродик Л.В.
7. Помещение для ознакомления пациентов либо законных представителей с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента определить кабинет заведующего приемным отделением.
8. Всем руководителям структурных подразделений ознакомить персонал подразделений с данным приказом.
9. Приказ № 161-п от 28.01.2019 «Об утверждении Положения о порядке ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Специализированная психиатрическая больница №3» министерства здравоохранения Краснодарского края» считать утратившим силу.

10. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на исполняющего обязанности заместителя главного врача по медицинской части Н.В. Дьяконова.

Исполняющий обязанности

главного врача Л.В. Власова

Приказ подготовлен:

юрисконсульт (ведущий) Е.В. Румянцева

Приказ согласован:

делопроизводитель Г.Е. Чечкова

С приказом от 09.01.2020 № 77-п ознакомлены:

И.о.заместителя главного врача

по медицинской части Н.В. Дьяконов

главная медицинская сестра Н.В. Мариенко

заведующий приемным отделением Л.В. Бродик

и.о.заведующего психиатрическим отделением №1 В.С. Клименко

заведующий психиатрическим отделением №2 М.В. Ярош

и.о.заведующего психиатрическим отделением №5 С.В. Вялков

Приложение 1

 к приказу ГБУЗ СПБ № 3

от 09.01.2020 № 77-п

**Положение**

**о порядке ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Специализированная психиатрическая больница №3» министерства здравоохранения Краснодарского края**

1. Настоящий Порядок устанавливает правила ознакомления пациента либо его законного представителя с оригиналами медицинской документации, отражающей состояние здоровья пациента и находящейся на рассмотрении в ГБУЗ СПБ №3 (далее соответственно - медицинская документация, медицинская организация).

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 (далее - письменный запрос).

3. Письменный запрос содержит следующие сведения:

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

б) фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя пациента;

в) место жительства (пребывания) пациента;

г) реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента;

д) реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента (при наличии);

е) реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента (при наличии);

ж) период оказания пациенту медицинской помощи в медицинской организации, за который пациент либо его законный представитель желает ознакомиться с медицинской документацией;

з) почтовый адрес для направления письменного ответа;

и) номер контактного телефона (при наличии).

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

5. Ознакомление пациента либо его законного представителя с медицинской документацией осуществляется в помещении медицинской организации, предназначенном для ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией (далее - помещение для ознакомления с медицинской документацией).

6. Перед передачей пациенту или его законному представителю для ознакомления оригинала медицинской документации 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.

7. График работы помещения для ознакомления с медицинской документацией устанавливается руководителем медицинской организации с учетом графика работы медицинской организации и медицинских работников.

8. В помещении для ознакомления с медицинской документацией ведутся следующие учетные документы:

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).

9. В журнал предварительной записи вносятся следующие сведения:

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

б) число, месяц, год рождения пациента;

в) место жительства (пребывания) пациента;

г) дата регистрации письменного запроса пациента либо его законного представителя;

д) период оказания пациенту медицинской помощи в медицинской организации, за который пациент либо его законный представитель желает ознакомиться с медицинской документацией;

е) предварительные дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией.

10. В журнал учета работы помещения вносятся следующие сведения:

а) дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией;

б) время выдачи медицинской документации на руки пациенту либо его законному представителю и ее возврата;

в) фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента либо его законного представителя, получившего на руки медицинскую документацию;

г) реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента либо его законного представителя (сведения заполняются на основании документа, удостоверяющего личность пациента либо его законного представителя);

д) реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента (сведения заполняются на основании документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента);

е) фамилия, имя, отчество (при наличии) лечащего врача или другого медицинского работника, принимающего непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении пациента;

ж) вид выданной на руки пациенту либо его законному представителю медицинской документации;

з) личная подпись пациента либо его законного представителя об ознакомлении с медицинской документацией.

11. Предварительные дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией, предусмотренные подпунктом "е" пункта 9 настоящего Порядка, 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 в медицинской организации письменного запроса не должен превышать сроков, установленных требованиями законодательства о порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации1.

12. 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 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.

13. При оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациент имеет право ознакомиться с записями, сделанными медицинским работником в медицинской документации во время приема.

Приложение 2

 к приказу ГБУЗ СПБ № 3

от 09.01.2020 № 77-п

форма запроса

о предоставлении медицинской документации для ознакомления

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, либо законного представителя пациента*

прошу предоставить для ознакомления медицинскую документацию на:

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

*Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Место жительства (пребывания) пациента*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Период оказания пациенту медицинской помощи в организации, за который пациент, либо его законный представитель желает ознакомиться с медицинской документацией*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Почтовый адрес, адрес электронной почты для направления письменного ответа*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Номер контактного телефона (при наличии)*

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *подпись расшифровка подписи*

Принят к рассмотрению «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *подпись расшифровка подписи специалиста*

ъ

Приложение 3

 к приказу ГБУЗ СПБ № 3

от 09.01.2020 № 77-п

Форма

журнала предварительной записи посещений помещения для ознакомления с медицинской документацией

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, имя и 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 ГБУЗ СПБ №3, 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 |

Приложение 4

 к приказу ГБУЗ СПБ № 3

от 09.01.2020 № 77-п

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с его медицинской документацией | Время выдачи медицинской документации на руки пациенту либо его законному представителю | Фамилия, имя, отчество (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 (сведения заполняются на основании документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента) | Фамилия, имя, отчество (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 | примечание |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение 5

 к приказу ГБУЗ СПБ № 3

от 09.01.2020 № 77-п

график

работы помещения для ознакомления с медицинской документацией

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Понедельник  | 8-30 – 12-00 | 13-00 – 14-00 |
| Вторник  | 8-30 – 12-00 | 13-00 – 14-00 |
| Среда  | 8-30 – 12-00 | 13-00 – 14-00 |
| Четверг  | 8-30 – 12-00 | 13-00 – 14-00 |
| Пятница  | 8-30 – 12-00 | 13-00 – 14-00 |