

Порядок ознакомления пациента, либо его законного

представителя с медицинской документацией.

1. Основанием для ознакомления пациента с медицинской документацией является поступление в ГБУЗ «ПКОД» от пациента, либо его законного представителя письменного запроса о предоставлении медицинской документации (далее – письменный запрос).

2. Письменный запрос содержит следующие сведения:

2.1. ФИО пациента,

2.2. ФИО законного представителя,

2.3. Место жительства пациента,

2.4. Реквизиты документа удостоверяющего личность пациента,

2.5. Реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя,

2.6. Период оказания медицинской помощи в МО, за который пациент, либо законный представитель желает ознакомиться,

2.7. почтовый адрес для направления письменного ответа, номер контактного телефона).

3. Рассмотрение письменного запроса осуществляется главным врачом или заместителем главного врача ГБУЗ «ПКОД».

4. Ознакомление пациента, либо его законного представителя с медицинской документацией осуществляется в архиве, в регистратуре, в структурных подразделениях ГБУЗ «ПКОД».

График ознакомления с медицинской документацией:

1. в архиве по адресу ул. Русская 59,

2. регистратуре поликлинического отделения ул. Русская 57а,

3. онкологическое отделение хирургических методов лечения абдоминальной онкологии и рентгенхирургических методов диагностики и лечения, ул. Русская 57а пост медицинской сестры 3-й этаж;

4. онкологическое отделение хирургических методов лечения опухолей молочной железы, Онкологическое отделение хирургических методов лечения онкогинекологии, ул. Русская 63а пост медицинской сестры 1 –й и 2-й этаж;

5. радиологическое отделение, ОПЛТ №1 и №2 по ул. Русская 59; пост медицинской сестры РО 4-й этаж; пост медицинской сестры ОПЛТ, 3 этаж

6. В рабочие дни с 13-00 до 15-00.

7. Предварительная дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией

устанавливается с учетом графика работы помещения для ознакомления. Максимальный срок ожидания в течение 30 дней со дня регистрации письменного обращения.

8. Пациентам, которым оказывается медицинская помощь в стационарных условиях, и передвижение которых ограничено, имеют право на ознакомление с медицинской документацией непосредственно в структурном подразделении.

9. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях пациент имеет право ознакомиться с записями во время приема.

Форма

Приложение № 1 к приказу
от 09.09.23 № 103

Главному врачу ГБУЗ «ПКОД»
Стегнию К.В.

690105, г. Владивосток, ул. Русская, 59
Адрес электронной почты: pkod@list.ru

от ФИО _____

Реквизиты паспорта заявителя:

Запрос

на предоставление медицинских документов (их копий) и выписок из них

С «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г. пациент (ФИО) _____
реквизиты документа удостоверяющего личность пациента (указать, если обращается
родственник): _____

Проживающий (зарегистрирован): _____

проходил(а) медицинское обследование/находился(ась) на лечении в ГБУЗ «ПКОД».

В связи с необходимостью (выбрать необходимое):

- ознакомления с диагностированием и лечением заболевания
- установления причины смерти, в связи с тем, что имеются подозрения, что к гибели привела несвоевременная или некачественно оказанная медицинская помощь.
- установления причины смерти, в связи с тем, что имеется необходимость получения страхового возмещения по договору страхования.
- иные причины _____

На основании изложенного и руководствуясь п. 5 ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" **прошу выдать мне следующие медицинские документы/копии медицинских документов/выписки из медицинских документов:**

_____ .
(указать какие именно необходимо получить медицинские документы)

Подписанием настоящего заявления, в целях его исполнения, подтверждаю свое согласие на обработку своих персональных данных, ГБУЗ «ПКОД» в соответствии с ФЗ от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» указанных в настоящем заявлении и его приложениях.

Обязуюсь сохранять конфиденциальность полученных сведений и гарантирую неразглашение информации, являющейся врачебной тайной (ст.13 № 323-ФЗ).

Запрашиваемые документы прошу предоставить мне

- при личном обращении, предварительно сообщив по телефону _____.
- по почте заказным письмом по адресу _____.

Приложение (надлежаще заверенные копии) (выбрать необходимое) :

- Паспорт заявителя
- Доверенность представителя
- Паспорт пациента
- Свидетельство о смерти пациента
- Свидетельство о заключении брака
- Свидетельство о рождении
- Иные документы, подтверждающие полномочия представителя либо близкого родственника

Дата: _____

Подпись _____