

Приложение к приказу № 12  
от 12.05.2021.

**Порядок  
ознакомления пациента либо его законного представителя  
с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента, в  
ООО МСЧ «Автомобилист»**

1. Настоящий Порядок ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента, в ООО МСЧ «Автомобилист» (далее - Порядок) устанавливает правила ознакомления пациента либо его законного представителя с оригиналами медицинской документации, отражающей состояние здоровья пациента и находящейся на в ООО МСЧ «Автомобилист» (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. Примерная форма письменного запроса прилагается к настоящему Порядку (приложение №1).

4. Рассмотрение письменных запросов осуществляется главным врачом, генеральным директором или заместителем генерального директора.

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) согласно приложению №2 к настоящему порядку; б) журнал учета работы помещения для ознакомления с медицинской документацией (далее - журнал учета работы помещения) согласно приложению №3 к настоящему порядку.

9. Предварительные дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией 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 Федерального закона от 2 мая 2006 года №59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».



**Приложение № 1**  
**к Порядку ознакомления пациента либо его**  
**законного представителя**  
**с медицинской документацией, отражающей**  
**состояние здоровья пациента, в ООО МСЧ**  
**«Автомобилист»**

Генеральному директору (главному врачу,  
заместителю генерального директора ООО МСЧ  
«Автомобилист»

\_\_\_\_\_

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

пациента \_\_\_\_\_

место жительства (пребывания) пациента

\_\_\_\_\_

реквизиты документа, удостоверяющего личность  
пациента реквизиты документа, удостоверяющего  
личность законного представителя пациента (при  
наличии) \_\_\_\_\_ реквизиты документа,  
подтверждающего полномочия законного  
представителя пациента (при наличии)

Прошу ознакомить меня с оригиналами медицинской документации за

период \_\_\_\_\_

Почтовый адрес для направления письменного

ответа \_\_\_\_\_

Номер контактного телефона \_\_\_\_\_

Число, месяц, год

Подпись пациента или  
законного представителя пациента