

ПОРЯДОК
ознакомления пациента либо его законного представителя в
ГАУЗ СО «СП г. Асбест» с медицинской документацией, отражающей состояние
здоровья пациента

Настоящий Порядок устанавливает правила ознакомления пациента либо его законного представителя с оригиналами медицинской документации, отражающей состояние здоровья пациента и находящейся непосредственно в ГАУЗ СО «СП г. Асбест».

Основанием для ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией является поступление непосредственно в ГАУЗ СО «СП г. Асбест» письменного запроса о предоставлении медицинской документации для ознакомления, по установленной форме (Приложение № 2).

Рассмотрение письменных запросов осуществляется главным врачом ГАУЗ СО «СП г. Асбест» или заведующей терапевтическим отделением.

Предварительная дата и время посещения пациентом либо его законным представителем ГАУЗ СО «СП г. Асбест» для ознакомления с медицинской документацией согласовывается с заявителем

Ознакомление пациента либо его законного представителя с медицинской документацией осуществляется непосредственно в помещении ГАУЗ СО «СП г. Асбест» в кабинете главного врача по ранее согласованной дате и времени посещения.

До сведения пациента либо его законного представителя в устной форме доводится информация о необходимости аккуратного и бережного обращения с предоставленной для ознакомления медицинской документацией.

**Форма заявления для обращения граждан либо их законных представителей
для ознакомления с медицинской документацией.**

Главному врачу ГАУЗ СО «СП г. Асбест»
Ионовой Т.В.

от _____
пациента

от _____
законного представителя

место жительства _____
пациента

паспорт _____
пациента

документ _____
законного представителя

кон. телефон _____

Заявление

Прошу Вас предоставить для ознакомления оригинал медицинской документации за период с _____ по _____ оказания медицинской помощи.

Дата _____

Подпись _____ / _____

Во время ознакомления с предоставленной мне медицинской документацией обязуюсь быть бережным и аккуратным, все страницы и приложения медицинской документации сохранить в целости и без помарок.

Дата _____

Подпись _____ / _____