

**Общество с ограниченной ответственностью**

**«ХАЛВА-ПРОФИ»**

119297, г.Москва, вн. тер. г. поселение Московский, ул. Родниковая 9А, корп.3, помещ.14/1;  
телефон : +7(987)330-55-59; email: kvprofi@mail.ru

ОГРН 1206400014765 | ИНН 6450111199 | КПП 775101001

Утверждаю

«03» февраля 2023г.

Директор Халтурина В.Г.

## **ПОЛОЖЕНИЕ**

### **О ПОРЯДКЕ И СРОКАХ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ (ИХ КОПИЙ) И ВЫПИСОК ИЗ НИХ**

**ООО «ХАЛВА-ПРОФИ»**

#### **1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Настоящее положение о порядке и сроках предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них ООО «ХалВа-Профи» (далее - «Положение»), разработано в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 N 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».
2. Положение устанавливает правила и условия выдачи учреждениями пациенту либо его законному представителю медицинских документов, отражающих состояние здоровья пациента, в том числе медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, результатов лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований, иных медицинских документов (далее – медицинские документы), копий медицинских документов и выписок из медицинских документов, если иной порядок предоставления (выдачи) медицинского документа определенной формы, копии медицинского документа либо выписки из медицинского документа не предусмотрен законодательством Российской Федерации.

#### **2. ПОРЯДОК И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ (ИХ КОПИЙ) И ВЫПИСОК ИЗ НИХ**

1. Для получения медицинских документов (их копий) или выписок из них пациент либо его законный представитель представляет запрос о предоставлении медицинских документов (их копий) и выписок из них на бумажном носителе (при личном обращении или по почте) либо запрос, оформленный в виде электронного документа, подписанного пациентом либо его законным представителем, в случае, если пациентом является

несовершеннолетний, не достигший возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21.11.2011г N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», либо гражданин, признанный в установленном законом порядке недееспособным, с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» (далее – Единый портал государственных и муниципальных услуг), который составляется в свободной форме и содержит:

- 1) Сведения о пациенте:
    - a. фамилия, имя, отчество (при наличии);
    - b. реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента;
    - c. адрес места жительства (места пребывания);
    - d. почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений и (если имеется) номер контактного телефона, адрес электронной почты (при наличии).
  - 2) В случае обращения от имени пациента его законного представителя – сведения о законном представителе, указанные в подпункте 1 настоящего пункта;
  - 3) Наименования медицинских документов (их копий) или выписок из них, отражающих состояние здоровья пациента, которые пациент либо его законный представитель намерен получить, и период, за который он намерен их получить;
  - 4) Сведения о способе получения пациентом (его законным представителем) запрашиваемых медицинских документов (их копий) или выписок из них (для получения медицинских документов (их копий) или выписок из них на бумажном носителе – при личном обращении или по почте, для получения медицинских документов и выписок из них в форме электронных документов – посредством направления в личный кабинет пациента (его законного представителя) на Едином портале государственных и муниципальных услуг с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения или посредством информационных систем, указанных в частях 1 и 5 статьи 91 Федерального закона от 21.11.2010г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»);
  - 5) Образец письменного запроса о предоставлении медицинской документации для ознакомления приведен в Приложении №2 к этому Порядку.
  - 6) Дату подачи запроса и подпись пациента либо его законного представителя (для письменного запроса).
2. В случае направления запроса пациентом либо его законным представителем о предоставлении оригиналов следующих медицинских документов, пациенту либо его законному представителю предоставляется их копия или выписка из них, за исключением случаев формирования указанных медицинских документов в форме электронных документов:
- 1) медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях;
  - 2) медицинская карта ребенка.
  3. При подаче запроса лично, а также при личном получении медицинских документов (их копий) и выписок из них, пациент либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность.

Законный представитель пациента дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус.

В случае выбора способа получения пациентом (его законным представителем) запрашиваемых медицинских документов (их копий) или выписок из них по почте, соответствующие медицинские документы (их копии) или выписки из них направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

4. В случае отсутствия в запросе сведений, указанных в пункте 1 настоящего Порядка, и (или) документа, подтверждающего статус законного представителя, медицинская организация в письменной или электронной форме информирует об этом пациента либо его законного представителя в срок, не превышающий четырнадцати календарных дней со дня регистрации в медицинской организации запроса.
5. Предоставление пациенту либо его законному представителю копий медицинских документов или выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра.

Запись о предоставлении пациенту либо его законному представителю копий медицинских документов или выписок из медицинских документов вносится в медицинские документы пациента.

6. К медицинским документам (их копиям) и выпискам из них могут прилагаться аналоговые или цифровые изображения на цифровых носителях (CD- или DVD-дисках, магнитно-оптических дисках) (за исключением медицинских документов в форме электронного документа), в случае указания на необходимость их предоставления в запросе, и при условии наличия в медицинской организации соответствующих архивных данных.
7. Максимальный срок выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них с момента регистрации в медицинской организации запроса не должен превышать сроков, установленных требованиями законодательства о порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации (Федеральный закон от 02 мая 2006г. №59 «О порядке рассмотрения обращений граждан РФ»)
8. 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.
9. Выписка из медицинских документов на бумажном носителе оформляется в произвольной форме с проставлением штампа учреждения на бланке учреждения, подписывается врачом, заверяется гербовой печатью учреждения и выдается пациенту (его законному представителю).
10. Копии медицинских документов, изготавливаемые на бумажном носителе методом ксерокопирования, заверяются на последней странице отметкой «Копия верна», подписью ответственного медицинского работника с указанием его фамилии, инициалов, должности и даты выдачи копии, а также гербовой печатью учреждения.
11. При формировании медицинской документации в форме электронных документов в соответствии с порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с пунктом 11 части 2 статьи 14 Федерального закона от 21.11.2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (далее – Порядок организации системы документооборота в сфере охраны здоровья), по запросу изготавливаются на бумажном носителе копии электронных медицинских документов и выписки из них в соответствии с настоящим Порядком.
12. Работник учреждения, на которого возложены функции по предоставлению пациенту либо его законному представителю медицинских документов (их копий) и выписок из них, осуществляет:
  - a. регистрацию запросов в день их поступления в медицинскую организацию;
  - b. хранение поступивших запросов;
  - c. оформление копий медицинских документов;
  - d. выдачу медицинских документов (их копий) и выписок из них, а также направление электронных документов;
  - e. ведение журнала приема запросов и выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них.



**Приложение №2**  
**к Положению о порядке ознакомления**  
**с медицинской документацией в ООО «ХалВа-Профи»**

**Образец письменного запроса о предоставлении медицинской документации для**  
**ознакомления**

Директору ООО «ХалВа-Профи» В.Г. Халтуриной

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. (пациента/законного представителя пациента)

\_\_\_\_\_  
(место жительства (пребывания) пациента/законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(реквизиты документа, удостоверяющего личность лица,

\_\_\_\_\_  
направившего запрос (серия, номер, кем выдан, дата

\_\_\_\_\_  
выдачи)

\_\_\_\_\_  
реквизиты документа, подтверждающего полномочия

\_\_\_\_\_  
законного представителя пациента (номер и серия),

\_\_\_\_\_  
дата выдачи, наименование выдавшего органа)

\_\_\_\_\_  
контактный номер телефона

**Заявление**

Прошу предоставить для ознакомления (вид медицинской документации), \_\_\_\_\_

оформленной на (ФИО пациента) \_\_\_\_\_

(число, месяц, год рождения пациента) \_\_\_\_\_,

в период оказания медицинской помощи в ООО «ХалВа-Профи» с \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Данные пациента (заполняются при оформлении запроса законным представителем):

-реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента (серия, номер, кем выдан, дата выдачи): \_\_\_\_\_;

-место жительства пациента: \_\_\_\_\_.

Прошу ответ направить по электронной почте на адрес: \_\_\_\_\_.

Прошу ответ направить на почтовый адрес: \_\_\_\_\_.

Я ознакомлен с информацией о необходимости аккуратного и бережного обращения с предоставленной медицинской документацией, о недопустимости ее порчи (полного или частичного) и выноса за пределы помещения для ознакомления с медицинской документацией.

Дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Подпись/ФИО

**Заполняется работником ООО «ХалВа-Профи»:**

Запрос принят «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., входящий № \_\_\_\_\_

Запрос принял: \_\_\_\_\_  
(должность и ФИ.О. работника, принявшего запрос) \_\_\_\_\_ подпись

