

**«Петропавловск-Камчатская городская детская поликлиника №1»**

Ознакомление с медицинской документацией

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Перечень лиц,  имеющих право  на ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента  и находящейся в медицинской организации | | Пациент; законный представитель.  В случае отсутствия запрета разглашения сведений, составляющих врачебную тайну:  Супруг (супруга), дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушки, бабушки.  Лица, указанные пациентом или его законным представителем в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство | | | |
| Основаниями для ознакомления с медицинской документацией является поступление в медицинскую организацию запроса о предоставлении медицинской документации для ознакомления | | | | | |
| Письменный запрос содержит следующие сведения: | 1. фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента; 2. фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя пациента либо лица, имеющего право на ознакомление; 3. место жительства (пребывания) пациента; 4. реквизиты документа, удостоверяющего личность лица, направившего запрос (номер и серия (при наличии), дата выдачи, наименование выдавшего органа); 5. реквизиты документа, подтверждающего полномочия (при наличии) законного представителя пациента (номер и серия (при наличии), дата выдачи, наименование выдавшего органа); 6. период оказания пациенту медицинской помощи в медицинской организации, за который пациент, его законный представитель либо лицо, имеющего право на ознакомление, желает ознакомиться с медицинской документацией; 7. почтовый (электронный) адрес для направления письменного ответа; 8. номер контактного телефона (при наличии) | | | | |
| Письменный запрос вы можете направить по указанным адресам, или зарегистрировать лично в кабинете | | | Адрес: | 683031, Камчатский край, г. Петропавловск-Камчатский, ул. Войцешека, д.5 | |
| Адрес электронной почты: | [gdp1@gdp1pk.ru](mailto:gdp1@gdp1pk.ru) | |
| Бланк запроса вы можете скачать | | [QR-код] |
|  | | |
| В течение двух рабочих дней со дня поступления письменного запроса Вы будете проинформированы по указанным в запросе номеру контактного телефона и электронной почте о дате, начиная с которой в течение пяти рабочих дней возможно ознакомление с медицинской документацией, а также о месте в медицинской организации, в котором будет происходить ознакомление | | | | | |
| Информация предоставлена в соответствии с приказом Минздрава России от 12.11.2021 № 1050н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента» | | | | |  |

Приложение № 4

Главному врачу

ГБУЗ КК ПК ГДП № 1

Д.В.Варады

От

паспорт серия №

выдан

дата выдачи

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении медицинских документов, выписок и копий из них

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

являюсь законным представителем несовершеннолетнего

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

(Ф.И.О. несовершеннолетнего)

проживаю по адресу (фактически): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу предоставить мне

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

(наименование медицинских документов, которые заявитель намерен получить с указанием периода обращения за

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

медицинской помощью и причины запроса)

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

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

Подпись

Дата