

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СЕВАСТОПОЛЯ «ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА №4»

П Р И К А З

«23» ноября 2020 г.

г. Севастополь

№ 209

Об утверждении порядка приема запросов и выдачи
медицинских документов (их копий) и выписок из них

Во исполнение требований Приказа Минздрава РФ от 31.07.2020 № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них», в соответствии с Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», ГОСТ Р 7.0.97-2016

ПРИКАЗЫВАЮ:

Установить следующие требования к организации работы по рассмотрению запросов на предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них (далее – запросы):

1. Установить следующий порядок приема и регистрации запросов.

1.1. Запросы в письменной форме могут быть доставлены в учреждение непосредственно заявителем, его законным представителем, по почте и пр.

1.2. Запросы, поданные лично заявителем (его законным представителем), регистрируются при наличии документа, удостоверяющего его личность (личность законного представителя).

При поступлении запросов по почте:

проверяется правильность адресации корреспонденции и целостность упаковки;

вскрывается конверт, проверяется наличие в нем текста обращения;

составляется акт в случае отсутствия текста запроса, присутствия в конвертах денежных знаков и ценных бумаг, подарков или отсутствия документов.

1.3. Запросы подлежат обязательной регистрации сотрудником канцелярии в день поступления. Срок отсчитывают с даты регистрации запроса, которую ведет сотрудник канцелярии в рабочее время.

1.4. Регистрация запросов осуществляется путем ведения журнала приема запросов и выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них.

1.5. С момента регистрации запросы подлежат рассмотрению в установленные сроки. Запросы аналогичного содержания маркируются номером первичного обращения с

пометкой: «Аналогичное». Повторные запросы регистрируются под очередным номером с указанием кратности и дат повторных обращений.

1.6. Виза об исполнении накладывается на регистрационную карточке в адрес медицинского работника, который произвел выдачу (направление) медицинских документов (их копий) и выписок из них.

2. Установить следующий порядок рассмотрения запросов.

2.1. Запросы должны быть рассмотрены не позднее 30 календарных дней с момента регистрации, включая отправку ответа заявителю. Запросы, принятые в ходе личного приема граждан, подлежат регистрации и рассмотрению в установленном порядке. На заявлении делается пометка: «Принято в ходе личного приема».

В случае отсутствия в запросе необходимых сведений или документов законного представителя ответ дается в 14 календарных дней со дня регистрации запроса.

В случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях или условиях дневного стационара, выписка из медицинских документов, их копии предоставляются в суточный срок с момента обращения.

2.2. Запросы, в которых текст не поддается прочтению, не рассматриваются.

В случае если адресные данные могут быть идентифицированы, заявителю направляется соответствующее сообщение.

Не подлежат рассмотрению запросы, содержащие нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы жизни, здоровью, имуществу работникам учреждения, а также имуществу учреждения.

В случае если в запросе содержатся вопросы, на которые заявителю неоднократно давались ответы, и не приводятся новых доводов, руководитель вправе принять решение о прекращении переписки с заявителем, о чем заявитель уведомляется письменно.

2.3. Запросы на предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них в электронной форме должны быть поданы через портал «Госуслуги», ЕСИА «Госуслуги», государственные и региональные информационные системы и подписан заявителем с использованием УКЭП или простой электронной подписи.

2.4. Выдача медицинских документов в электронной форме производится только при наличии технической возможности. Такие документы подписываются усиленными квалифицированными электронными подписями медицинского работника и сотрудника канцелярии. При этом сведения о медицинском работнике должны быть внесены в Федеральный регистр медицинских работников ЕГИСЗ, а о медицинских организациях – в Федеральный реестр медицинских организаций ЕГИСЗ.

2.5. Заявителю могут быть предоставлены оригиналы, копии медицинских документов, выписки из них.

Не предоставляются оригиналы следующих медицинских документов:

- 1) медицинская карта амбулаторного больного (форма № 025/у);
- 2) медицинская карта стационарного больного (форма № 003/у);
- 3) история развития новорожденного (форма № 097/у);
- 4) история развития ребенка (форма № 112/у);
- 5) медицинская карта ребенка (№ 026/у);
- 6) индивидуальная карта беременной и родильницы (форма № 111/у);
- 7) история родов (№ 096/у);
- 8) медицинская карта стоматологического пациента (форма № 043/у);
- 9) медицинская карта ортодонтического пациента (форма № 043-1/у);
- 10) протокол патолого-анатомического вскрытия (форма № 013/у);
- 11) протокол патолого-анатомического вскрытия плода, мертворожденного или новорожденного (форма № 013-1/у);
- 12) медицинская карта прерывания беременности (форма № 003-1/у).

2.6. Предоставление заявителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве 1 (одного) экземпляра.

2.7. Не предоставляются медицинские документы (копии, выписки из них), уничтоженные в связи с истекшим сроком их хранения.

2.8. Копии медицинских документов свыше одного экземпляра могут быть выданы за плату в соответствии с утвержденным прейскурантом на платные услуги.

2.9. Копии медицинских документов на бумажном носителе заверяются на последней странице отметкой «Копия верна», подписью ответственного медицинского работника с указанием его Ф. И. О., должности и даты выдачи копии, а также печатью.

Выписки на бумажном носителе оформляются в произвольной форме с проставлением штампа (или на бланке), подписываются врачом (фельдшером, акушеркой), заверяются печатью.

Если медицинские документы ведутся в электронной форме, для предоставления заявителям их распечатывают на бумажном носителе и заверяют.

3. Утвердить форму журнала приема запросов и выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них:

№ п/п	Сведения о заявителе (Ф. И. О., паспортные данные)	Сведения о законном представителе пациента (при наличии) (Ф. И. О., паспортные данные)	Наименование запрашиваемых медицинских документов, способ их получения	Дата подачи запроса	Дата выдачи медицинских документов (срок возврата оригиналов (при наличии))	Подпись пациента (законного представителя)	Ф. И. О., подпись выдавшего медицинские
-------	----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	---------------------	-----------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------	-----------------------------------------

4. Настоящий приказ довести до сведения всех заинтересованных лиц под подпись.
5. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части.

И.о. главного врача



О.Ю. Рябцева

Согласовано: Нач. юридического
отдела

С.С. Курьмов

Приложение

Образец заявления пациента на выдачу документов или копий, выписок из них

Главному врачу ГБУЗС «Городская больница №4»

Гавриляк В.Г.

от _____

Ф. И. О. пациента

зарегистрированного(ой) по адресу: _____

паспорт серия №, выдан _____, от _____

период оказания пациенту медицинской помощи _____

адрес пребывания (жительства) _____

почтовый адрес для направления письменного ответа _____

e-mail (если есть) _____

номер контактного телефона (если есть) _____

Заявление

Прошу выдать мне следующие медицинские документы (их копии) или выписки из них _

за период _____ в бумажном виде.

Дата, подпись

Приложение

Образец заявления законного представителя на выдачу документов или копий, выписок из них

Главному врачу ГБУЗС «Городская больница №4»
Гавриляк В.Г.

от _____
Ф. И. О. законного представителя

зарегистрированного(ой) по адресу: _____

паспорт серия №, выдан _____, от _____,

документ, подтверждающий статус законного представителя _____

период оказания пациенту медицинской помощи _____,

адрес пребывания (жительства) _____,

почтовый адрес для направления письменного ответа _____,

e-mail (если есть) _____,

номер контактного телефона (если есть) _____

Заявление

Прошу выдать мне следующие медицинские документы (их копии) или выписки из них _____

за период _____ в бумажном виде.

Дата, подпись
