



Утверждено  
приказом заместителя генерального директора-  
главного врача ООО «ВербаМед»

от 1 июля 2021г. № 2021/М-06/07  
(Приложение № 1)

## ПОЛОЖЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ОЗНАКОМЛЕНИЯ С ОРИГИНАЛАМИ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ, ОТРАЖАЮЩЕЙ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА

### 1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение устанавливает порядок ознакомления с оригиналами медицинской документации, отражающей состояние здоровья пациента и находящейся в ООО «ВербаМед» (далее – Клиника).

1.2. Настоящее Положение разработано на основании:

- Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

- Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 июня 2016 г. N 425н "Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента".

1.3. Право на ознакомление с оригиналами медицинской документации, отражающей состояние здоровья пациента, имеют пациент либо его законный представитель, а также лица, имеющие право в случае смерти пациента на ознакомление с оригиналами его медицинской документации в силу п. 3.1 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

### 2. Порядок ознакомления пациента либо его законного представителя с оригиналами медицинской документации, отражающей состояние здоровья пациента

2.1. Основанием для ознакомления пациента либо его законного представителя с оригиналами медицинской документации, отражающей состояние здоровья пациента (далее – медицинская документация), является поступление в Клинику от пациента либо его законного представителя письменного запроса на имя заместителя генерального директора – главного врача Клиники о предоставлении оригиналов медицинской документации для ознакомления (далее - письменный запрос).

2.2. Письменный запрос должен содержать следующие сведения:

а) фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента, число, месяц, год и место рождения пациента;

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

в) место жительства (пребывания) пациента/законного представителя пациента;

г) реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента;

д) реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента (при наличии);

е) реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента (доверенность, в случае представления интересов пациента на основании доверенности; свидетельство о рождении несовершеннолетнего пациента, подтверждающее родственные отношения несовершеннолетнего пациента с родителями; свидетельство об усыновлении (удочерении) для усыновителей несовершеннолетнего пациента; опекунское или попечительское удостоверение (при наличии) или постановление органа опеки и попечительства о назначении опекуна или попечителя и т.п.);

ж) период оказания пациенту медицинской помощи в Клинике, за который пациент либо его законный представитель желает ознакомиться с медицинской документацией;

з) почтовый адрес для направления письменного ответа и адрес электронной почты (при желании пациента/законного представителя получить ответ на запрос по электронной почте в случае, когда действующим законодательством допускается возможность отправления ответа посредством электронной почты);

и) номер контактного телефона (при наличии).

Образец письменного запроса о предоставлении оригиналов медицинской документации для ознакомления, которым пациент либо его законный представитель могут воспользоваться, содержится в Приложении № 1 к настоящему Положению – Форма 1.

Запрос о предоставлении медицинской документации для ознакомления может быть предоставлен Клинике пациентом или его законным представителем при личном обращении в Клинику, почтовым отправлением по адресу: 141280, Московская обл., городской округ Пушкинский район, г. Пушкино, ул. Зеленая роща, строение 17, или по адресу электронной почты: [info@verbamed.ru](mailto:info@verbamed.ru).

**2.3.** Запрос, поступивший в Клинику, подлежит регистрации в порядке, предусмотренном «Порядком рассмотрения обращения граждан в ООО «ВербаМед»».

**2.4.** Рассмотрение письменных запросов осуществляется заместителем генерального директора – главным врачом Клиники или уполномоченным им соответствующим приказом работником Клиники (Ответственным лицом).

**2.5.** Результатами рассмотрения запроса являются:

**2.5.1.** решение о предоставлении медицинской документации пациенту либо его законному представителю для ознакомления или информирование пациента либо его законного представителя об отсутствии в запросе необходимых сведений, указанных в пункте 2.2 настоящего Положения;

**2.5.2.** при решении о предоставлении медицинской документации для ознакомления - предварительная запись пациента либо его законного представителя на ознакомление с медицинской документацией в Журнале предварительной записи посетителей помещения для ознакомления с медицинской документацией (по форме - Приложение 2) (далее - Журнал предварительной записи);

**2.5.3.** направление пациенту либо его законному представителю письменного ответа на запрос: решения о предоставлении медицинской документации для ознакомления с указанием предварительной даты и времени посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с оригиналами медицинской документацией или уведомления об отсутствии в запросе пациента или его законного представителя необходимых сведений, указанных в пункте 2.2 настоящего Положения.

**2.6.** Ответ направляется на почтовый адрес или адрес электронной почты, указанный в запросе пациента или его законного представителя.

Предварительные дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с оригиналами медицинской документацией устанавливаются с учетом графика работы помещения для ознакомления с оригиналами медицинской документацией и числа поступивших письменных запросов.

**2.7.** Максимальный срок ожидания пациентом либо его законным представителем посещения помещения для ознакомления с оригиналами медицинской документацией с момента регистрации в Клинике письменного запроса не должен превышать 30 дней.

**2.8.** Ознакомление пациента либо его законного представителя с оригиналами медицинской документацией осуществляется в Клинике (Московская обл., городской округ Пушкинский, г. Пушкино, ул. Зеленая роща, строение 17), кабинете № 14 (далее - помещение для ознакомления с медицинской документацией).

**2.9.** График работы помещения для ознакомления с медицинской документацией: среда с 14:00 до 19:00, суббота с 9:30-13.00 (время Московское).

В целях обеспечения конфиденциальности информации, относящейся к здоровью пациентов, в одно время в помещении для ознакомления с медицинской документацией должен знакомиться с оригиналами медицинской документацией один пациент и/или его законный представитель.

**2.10.** Перед выдачей оригиналов медицинской документации на руки для ознакомления пациент либо его законный представитель предъявляет ответственному за предоставление оригиналов медицинской документации должностному лицу Клиники оригинал документа, удостоверяющий личность пациента или его законного представителя. Законный представитель пациента дополнительно оригиналу документу, удостоверяющему личность, предъявляет оригинал документ, подтверждающий его статус (подп. е п. 2.2 настоящего Положения).

**2.11.** 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) (по форме - Приложение № 2 к настоящему Положению);

б) Журнал учета работы помещения для ознакомления с медицинской документацией (далее - Журнал учета работы помещения) (по форме - Приложение № 3 к настоящему Положению).

**2.11.1.** В Журнал предварительной записи вносятся следующие сведения:

а) фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента;

б) число, месяц, год рождения пациента;

в) место жительства (пребывания) пациента;

г) дата регистрации письменного запроса пациента либо его законного представителя;

д) период оказания пациенту медицинской помощи в Клинике, за который пациент либо его законный представитель желает ознакомиться с оригиналами медицинской документацией;

е) предварительные дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией.

**2.11.2.** В Журнал учета работы помещения вносятся следующие сведения:

а) дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией;

б) время выдачи оригиналов медицинской документации на руки пациенту либо его законному представителю и ее возврата;

в) фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента либо его законного представителя, получившего на руки оригиналы медицинской документации;

г) реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента либо его законного представителя (сведения заполняются на основании представленного оригинала документа, удостоверяющего личность пациента либо его законного представителя);

д) реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента (сведения заполняются на основании представленного оригинала документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента);

е) фамилия, имя отчество (при наличии) лечащего врача или другого медицинского работника, принимающего непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении пациента;

ж) вид выданных на руки пациенту либо его законному представителю оригиналов медицинской документации;

з) личная подпись пациента либо его законного представителя об ознакомлении с оригиналами медицинской документацией.

**2.12.** Должностное лицо, ответственное за обеспечение доступа в помещение для ознакомления с медицинской документацией, обеспечение подготовки и непосредственное предоставление оригиналов медицинской документации пациенту либо его законному представителю, а также за ведение Журнала предварительной записи и Журнала учета работы помещения, назначается заместителем генерального директора – Главным врачом Клиники (далее — Ответственный исполнитель).

**2.13.** Ответственным исполнителем перед передачей пациенту или его законному представителю для ознакомления оригиналов медицинской документации обеспечивается сохранение копии медицинской документации на бумажном носителе.

**2.14.** Ответственным исполнителем перед передачей для ознакомления оригиналов медицинской документации до сведения пациента либо его законного представителя (при наличии) дополнительно в устной форме доводится информация о необходимости аккуратного и бережного обращения с предоставленными для ознакомления оригиналами медицинской документацией.

**2.15.** Факт посещения пациентом или его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией и предоставления ему на руки оригиналов медицинской документацией регистрируется в Журнале учета работы помещения. По окончании ознакомления пациент либо его законный представитель возвращает оригиналы медицинской документации Ответственному исполнителю. Ответственный исполнитель проверяет целостность возвращаемых оригиналов медицинской документации, отмечает результат проверки в соответствующей графе Журнала учета работы помещения и скрепляет своей подписью.

**2.16.** При выявлении признаков порчи или выноса медицинской документации за пределы помещения для ознакомления с медицинской документацией полностью или частично, Ответственный исполнитель совместно с двумя любыми другими работниками Клиники составляет Акт о повреждениях, полной или частичной утрате оригиналов медицинской документации в ООО «ВербаМед» (далее - Акт) в двух экземплярах.

Составленный Акт подписывается Ответственным исполнителем и работниками, привлеченными к его составлению. Подписанный Акт Ответственный исполнитель

предлагают подписать пациенту либо его законному представителю. В случае отказа пациента либо его законного представителя подписать Акт, факт отказа указывается в Акте и заверяется подписями Ответственного исполнителя и работников, привлеченных к его составлению.

Один экземпляр Акта Ответственный исполнитель направляет заместителю генерального директора – главному врачу Клиники, второй экземпляр прикладывается к полной копии поврежденных либо вынесенных пациентом либо его законным представителем полностью либо частично оригиналов медицинской документации.

**2.17.** Пациент либо его законный представитель имеет право ознакомиться с записями, сделанными медицинским работником Клиники непосредственно во время приема в кабинете, где осуществляется приём.

Перед предоставлением пациенту либо его законному представителю оригиналов медицинской документации для ознакомления с записями, сделанными во время приема, медицинский работник Клиники ниже последней записи отмечает факт предоставления оригинала медицинской документации пациенту либо его законному представителю во время осуществления приёма с указанием даты и времени этого события и скрепляет своей подписью и подписью пациента либо его законного представителя.

При желании пациента либо его законного представителя ознакомиться с иными записями и материалами, содержащимися в медицинской документации, медицинский работник Клиники информирует пациента либо его законного представителя о его праве обратиться в Клинику с запросом и получить оригиналы медицинской документации для ознакомления в установленном настоящим Положением порядке.

### **3. Порядок ознакомления с оригиналами медицинской документации, отражающей состояние здоровья пациента лица, имеющие право в случае смерти пациента на ознакомление с оригиналами его медицинской документации в силу п. 3.1 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"**

**3.1.** Право на ознакомление с оригиналами медицинской документацией в случае смерти пациента имеют супруг (супруга), близкие родственники (дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушки, бабушки) либо иные лица, указанные гражданином или его законным представителем в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, по их запросу, если пациент или его законный представитель не запретил разглашение сведений, составляющих врачебную тайну (далее – заявитель).

**3.2.** Основанием для ознакомления заявителя с оригиналами медицинской документации, отражающей состояние здоровья пациента, является поступление в Клинику от заявителя письменного запроса на имя заместителя генерального директора – главного врача Клиники о предоставлении оригиналов медицинской документации для ознакомления (далее - письменный запрос).

Письменный запрос должен содержать следующие сведения:

- а) фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента, число, месяц, год и место рождения пациента;
- б) фамилия, имя и отчество (при наличии) заявителя;
- в) место жительства (пребывания) заявителя;

г) реквизиты документа, удостоверяющего личность заявителя;  
д) реквизиты документа, подтверждающего полномочия заявителя (Свидетельство о смерти пациента; свидетельство о рождении заявителя (пациента), подтверждающее родственные отношения между заявителем и пациентом; свидетельство об усыновлении (удочерении) и т.п.);

е) период оказания пациенту медицинской помощи в Клинике, за который заявитель желает ознакомиться с медицинской документацией;

ж) почтовый адрес для направления письменного ответа и адрес электронной почты (при желании пациента/законного представителя получить ответ на запрос по электронной почте в случае, когда действующим законодательством допускается возможность отправления ответа посредством электронной почты);

з) номер контактного телефона (при наличии).

Образец письменного запроса о предоставлении заявителю оригиналов медицинской документации для ознакомления, которым заявитель может воспользоваться, содержится в Приложении № 1 к настоящему Положению – Форма 2.

**3.3.** Порядок предоставления заявителю оригиналов медицинской документации для ознакомления установлен аналогичным порядку ознакомления пациента либо его законного представителя с оригиналами медицинской документации, отражающей состояние здоровья пациента, указанному в разделе 2 настоящего Положения.

Приложение № 1  
к Положению о порядке ознакомления с медицинской документацией,  
содержащей данные о состоянии здоровья пациента

**Образец Запроса о предоставлении оригиналов  
медицинской документации для ознакомления**

**ФОРМА – 1**

Заместителю генерального директора –  
Главному врачу ООО «ВербаМед»  
Поповой И.Е.

\_\_\_\_\_  
ФИО (пациента/законного представителя)

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

\_\_\_\_\_  
документ, удостоверяющий личность: вид, серия, номер, кем выдан, дата выдачи  
(пациента/законного представителя)

\_\_\_\_\_  
реквизиты документа, подтверждающие полномочия  
законного представителя

тел.: \_\_\_\_\_

**Запрос о предоставлении оригиналов медицинской  
документации для ознакомления**

Прошу предоставить для ознакомления оригинал \_\_\_\_\_ (вид медицинской документации), оформленной на имя \_\_\_\_\_ (ФИО пациента), \_\_\_\_\_ (число, месяц, год и место рождения пациента), в период оказания медицинской помощи в ООО «ВербаМед» с \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Данные пациента (заполняется при оформлении запроса законным представителем):

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

- место жительства (пребывания) пациента: \_\_\_\_\_.

Прошу результат рассмотрения настоящего запроса на почтовый адрес: \_\_\_\_\_ и/или по адресу электронной почты: \_\_\_\_\_.

Я уведомлен о том, что выдача мне оригиналов медицинской документации на руки для ознакомления будет осуществлена только после предоставления мной Ответственному лицу Клиники оригинала документа, удостоверяющего мою личность, и, для законного представителя, оригинала документа, подтверждающего статус законного представителя.

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

Дата: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Подпись / ФИО (пациента/законного представителя (заполняется от руки))

Заместителю генерального директора –  
Главному врачу ООО «ВербаМед»  
Поповой И.Е.

\_\_\_\_\_  
ФИО заявителя

\_\_\_\_\_  
место жительства/пребывания заявителя

\_\_\_\_\_  
документ, удостоверяющий личность: вид, серия, номер, кем выдан, дата выдачи

\_\_\_\_\_  
тел.: \_\_\_\_\_

**Запрос о предоставлении оригиналов медицинской  
документации для ознакомления**

Я, \_\_\_\_\_, являясь в силу п. 3.1  
ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в  
Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 13.07.2021) лицом, имеющим право в случае  
смерти пациента на ознакомление с оригиналами его медицинской документации, что  
подтверждается:

- Свидетельством о смерти: серия \_\_\_\_, номер \_\_\_\_, дата и место выдачи \_\_\_\_\_,  
- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(указать документы, подтверждающие право на ознакомление с оригиналами медицинской  
документацией пациента после его смерти (наименование и реквизиты документа (серия, номер,  
кем выдан, дата выдачи))*

прошу предоставить для ознакомления оригинал \_\_\_\_\_ (вид медицинской  
документации), оформленной на имя \_\_\_\_\_ (ФИО пациента), \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год и место рождения пациента), в период оказания медицинской помощи в ООО  
«ВербаМед» с \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Прошу результат рассмотрения настоящего запроса на почтовый адрес:  
\_\_\_\_\_ и/или по адресу электронной почты: \_\_\_\_\_.

Я уведомлен о том, что выдача мне оригиналов медицинской документации на руки для  
ознакомления будет осуществлена только после предоставления мной Ответственному лицу Клиники  
оригинала документа, удостоверяющего мою личность, и оригиналов документов, подтверждающих  
моё право на ознакомление с оригиналами его медицинской документацией пациента после его  
смерти.

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

Дата: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
ФИО (пациента/законного представителя (заполняется от руки))



*Приложение № 2*  
*к Положению о порядке ознакомления с медицинской документацией,*  
*содержащей данные о состоянии здоровья пациента*  
**ФОРМА**

---

**Журнал предварительной записи посещения помещения для  
ознакомления с медицинской документацией**

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента	Число, месяц, год и место рождения пациента	Место жительства (пребывания) пациента	Дата регистрации письменного запроса пациента либо его законного представителя (заявителя)	Период оказания пациенту медицинской помощи в Клинике, за который пациент либо его законный представитель (заявитель) желает ознакомиться с медицинской документацией	Предварительные дата и время посещения пациентом либо его законным представителем (заявителем) помещения для ознакомления с медицинской документацией
1	2	3	4	5	6

*Приложение № 3*  
*к Положению о порядке ознакомления с медицинской документацией,*  
*содержащей данные о состоянии здоровья пациента*  
**ФОРМА**

---

**Журнал учета работы помещения для ознакомления с медицинской документацией**

Дата и время посещения пациентом либо его законным представителем (заявителем) помещения для ознакомления с медицинской документацией	Время выдачи медицинской документации на руки пациенту либо его законному представителю (заявителю) и ее возврата (время выдачи/время возврата)	Ф.И.О. пациента либо его законного представителя (заявителя), получившего на руки медицинскую документацию	Реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента либо его законного представителя (заявителя)	Реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента (заявителя)	ФИО (при наличии) лечащего врача или другого медицинского работника, принимающего непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении пациента	Вид выданной на руки пациенту либо его законному представителю(заявителю) медицинской документации	Отметка о результатах проверки целостности возвращенных пациентом (его законным представителем (заявителем)) оригиналов медицинской документации	Личная подпись пациента либо его законного представителя (заявителя) об ознакомлении с медицинской документацией
1	2	3	4	5	6	7	8	9