

## **Порядок получения медицинских документов, их копий и выписок из них**

1. Порядок получения медицинских документов, их копий и выписок из них в ООО Стоматология «Факел» регламентируется приказом МЗ РФ от 31.07.2020 г. № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов, их копий и выписок из них».

2. Для получения медицинских документов (их копий) или выписок из них, отражающих состояние здоровья пациента, в том числе медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, пациент либо его законный представитель (в случае если пациентом является несовершеннолетний, не достигший возраста 15 лет, установленного ч. 2 ст. 54 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», либо гражданин, признанный в установленном законом порядке недееспособным), представляет запрос о предоставлении медицинских документов (их копий) и выписок из них на бумажном носителе (при личном обращении или по почте), которое составляется на бланке ООО Стоматология «Факел» или в свободной форме и содержит:

- фамилия, имя, отчество заявителя;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность заявителя;
- адрес места жительства (места пребывания);
- почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений, номер контактного телефона, адрес электронной почты;
- 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;
- способ получения запрашиваемых медицинских документов – при личном обращении или по почте;
- дата подачи запроса и подпись заявителя.

3. Оригиналы медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, не предоставляются, по запросу предоставляется их копия или выписка из них.

4. 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 (паспорт, нотариально заверенная доверенность, свидетельство об опекунстве).

5. Предоставление копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в одном экземпляре.

6. Максимальный срок выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них с момента регистрации запроса не должен превышать 30 дней, установленных федеральным законом от 02.05.2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан РФ». В случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях или условиях дневного стационара, выписка из медицинских документов, копии медицинских документов предоставляются пациенту/законному представителю в течение 1 суток с момента обращения.

7. Пациент/законный представитель подтверждает своей подписью факт получения медицинских документов (их копий) и выписок из них в журнале выдачи медицинских документов.

Директору ООО Стоматология «Факел»  
Алабовскому Д.В.  
394051, г. Воронеж, Писателя Маршака, д.8  
От \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(ФИО, паспорт: серия, №, когда и кем выдан,  
адрес регистрации)  
Тел.:

### ЗАЯВЛЕНИЕ

#### о выдаче выписок из медицинских документов.

Руководствуясь частью 5 ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», прошу Вас предоставить мне \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(ФИО, паспорт: серия, №, когда и кем выдан, адрес регистрации) и/или моему представителю

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(ФИО, паспорт: серия, №, когда и кем выдан, адрес регистрации) действующему на основании

\_\_\_\_\_ за период лечения с « » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по « » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
в ООО Стоматология «Факел» пациента: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ФИО, паспорт: серия, №, когда и кем выдан, адрес регистрации)  
выписок из медицинских документов.

О готовности выписок из медицинских документов прошу сообщить по тел.:

\_\_\_\_\_.

Способ получения выписки из медицинских документов:

- при личном обращении  
 направить на электронную почту: \_\_\_\_\_  
 направить по адресу: \_\_\_\_\_

Подпись/расшифровка: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_