

**Телефон**

+7 (812) 779-15-33



**Адрес**

Большая Зеленина дом 8 к2

**Email.**

[info@ligamed.spb.ru](mailto:info@ligamed.spb.ru)

г. Санкт – Петербург «10» ноября 2023г.

**ИНН 7813633370 дата присвоения 05.04.2019**

**Лицензия: ЛО-78-01-0112237 от 05.11.2020**

**Памятка для получения выписок из медицинских документов в ООО «Вита-Плюс»**

Разработана в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020 № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них»

**Уважаемые пациенты и посетители ООО «Вита-Плюс»!**

Если Вам необходимы копии, выписки из амбулаторной карты, либо какая - то другая медицинская информация, ознакомьтесь, пожалуйста, с порядком и сроками предоставления данной информации.

Получить копию амбулаторной карты, выписки из нее и другой медицинской документации можно только по письменному запросу (заявлению).

Медицинские учреждения вправе рассматривать запрос в течение 30 дней

Чтобы получить медицинские документы, пациент должен составить письменный запрос (Заявление)\*, в котором указывается:

- Ф.И.О. пациента;

- реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента;

- адрес места жительства пациента;

- почтовый адрес (для направления письменных ответов и уведомлений), номер телефона, адрес электронной почты;

- наименование медицинских документов (их копий или выписок), которые пациент намерен получить и период, за который он намерен их получить;

- сведения о способе получения медицинских документов:

на бумажном носителе - лично или почтой,

в форме электронного документа - посредством направления в личный кабинет пациента на портале "Госуслуг";

- дату подачи запроса.

\***Формы Заявлений** размещены на странице ниже.

Заявление может быть предоставлено в регистратуру в письменном виде:

· непосредственно (очно) заявителем

· почтовым отправлением (например, Почтой России или другими службами)

· в электронной форме запрос должен быть подан заявителем с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи.

Медицинскую документацию возможно получить в регистратуре:

• лично пациенту при предъявлении паспорта

• представителю пациента, указанному пациентом в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну или в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, если данное согласие отражено в доверенности, то такая доверенность подлежит нотариальному удостоверению.

ВНИМАНИЕ!!! Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну и не передаются третьим лицам.

Не предоставляются оригиналы следующих медицинских документов:

· медицинская карта амбулаторного больного (форма № 025/у);

· медицинская карта стоматологического пациента (форма 043/у);

· медицинская карта ортодонтического пациента (форма № 043-1/у);

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

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

**ПАМЯТКА для пациентов (законных представителей) по механизму получения копий медицинских документов и выписок из них:**

Если Вам необходимо получить медицинские документы (их копии) и выписки из них, просим Вас внимательно ознакомиться с данной памяткой.

Выдача медицинских документов (их копий) и выписок из них на законодательном уровне регламентирована официальным приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

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. Без удостоверяющего личность документа документы не выдаются. Законный представитель пациента дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус (свидетельство о рождении несовершеннолетнего, документ об опекунстве и т.п.). Без этих документов копии и выписки получить НЕВОЗМОЖНО! Будьте внимательны к этим требованиям законодательства.

При формировании Запроса на получение копий или выписок из медицинской документации Вы обязаны предоставить следующие сведения:

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

б) место жительства (пребывания);

в) реквизиты документа, удостоверяющего личность;

г) в случае обращения от имени пациента его законного представителя - сведения о законном представителе, указанные выше;

д) 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;

е) почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений и (в случае, если имеется) номер контактного телефона, адрес электронной почты (при наличии);

ж) 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 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации;

з) дату подачи запроса и подпись пациента либо его законного представителя (для письменного запроса).

ВНИМАНИЕ!!! Запрос на получение медицинских документов (их копий) или выписок из них и их отправка посредством электронной почты законодательством НЕ ПРЕДУСМОТРЕН и не считается официальным. Подавайте запрос лично или посредством почты России.

В случае отсутствия в запросе сведений, указанных в Приказе Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 789н, и (или) документа, подтверждающего статус законного представителя, мы в письменной или электронной форме проинформируем Вас об этом в срок, не превышающий четырнадцати календарных дней со дня регистрации в медицинской организации запроса. Но данное обстоятельство увеличит сроки выдачи копий и выписок, поэтому просим внимательно заполнить запрос и проследить за наличием в нем всех данных в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения РФ и Порядком предоставления копий и выписок из медицинской документации.

Предоставление пациенту либо его законному представителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра. Если Вам необходимо большее количество экземпляров, то Вы можете самостоятельно изготовить копии с предоставленных клиникой документов. По закону мы обязаны выдать только ОДИНУ копию.

Запись о предоставлении пациенту либо его законному представителю копий медицинских документов или выписок из медицинских документов вносится в медицинские документы пациента (амбулаторную карту) и в соответствующий журнал учета.

К медицинским документам (их копиям) и выпискам из них могут прилагаться аналоговые изображения (рентгенограммы, фото-, киноизображения) или цифровые изображения на цифровых носителях (магнитных лентах, CD- и 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 медицинских организациях соответствующих архивных данных. При отсутствии в медицинской организации соответствующих архивных данных они пациенту не предоставляются.

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 – 30 (тридцати) календарных дней. Требовать копию карты или выписку через 10 дней – незаконно. Мы постараемся максимально сократить сроки выдачи документов по Вашему запросу, но Вам следует знать, что законодательно установленный срок выдачи копий и выписок – 30 календарных дней с момента поступления в клинику письменного запроса, оформленного согласно всем требованиям по его содержанию. Такие сроки установили не мы, а Министерство здравоохранения РФ в вышеназванном приказе.

Если запрос на выдачу оформлен неправильно или не полно – срок выдачи документов (30 дней) начинается заново после его коррекции и поступления в клинику.

Выписка из медицинских документов на бумажном носителе оформляется в произвольной форме с проставлением штампа медицинской организации, подписывается врачом, заверяется печатью медицинской организации и выдается пациенту (его законному представителю).

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 печатью. Сшивка и опломбирование выдаваемых документов законодательством не предусмотрена.

При наличии технической возможности медицинские документы и выписки из них в форме электронных документов, подписанные усиленной квалифицированной электронной подписью медицинского работника, а также усиленной квалифицированной электронной подписью лица, уполномоченного действовать от имени медицинской организации, направляются пациенту или его законному представителю в соответствии с порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов, в том числе посредством направления с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения в личный кабинет пациента (его законного представителя) на Едином портале государственных и муниципальных услуг с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения. При отсутствии у медицинской организации технической возможности направления документов с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения в личный кабинет пациента (его законного представителя) на Едином портале государственных и муниципальных услуг с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, документы предоставляются на бумажном носителе. Поскольку у ООО «Вита-Плюс» нет технической возможности предоставления электронных документов – то документы предоставляются только на бумажном носителе.

При получении копий и выписок из медицинской документации Вы обязаны расписаться в соответствующем журнале регистрации.

Если Вы хотите, чтобы запрос и(или) получение копий и выписок из медицинской документации осуществлял Ваш представитель, Вы обязаны выдать ему соответствующую доверенность. Убедитесь, что в доверенности сказано, что данный представитель имеет право на получение Ваших документов, в которых содержатся Ваши персональные данные и сведения о медицинской тайне. Без доверенности никто, даже близкий родственник, не имеет права получить эти сведения.

Для получения копий и выписок за своих несовершеннолетних детей Вам достаточно иметь свой паспорт и свидетельство о рождении ребенка, никакой доверенности для родителей не нужно. Но без свидетельства о рождении и Вашего паспорта мы не сможем выдать Вам документы ребенка – обратите на это внимание.

**Если Вам необходима помощь в заполнении запроса, обратитесь к сотрудникам клиники – мы обязательно поможем и подскажем, как правильно и без ошибок заполнить запрос и даже предоставим Вам соответствующий образец готового бланка для заполнения.**

**С уважением Главный врач Александрова П.В.**

Приложение №1

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

Главному врачу ООО «Вита-Плюс»

Александровой П.В.

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства (места пребывания): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Почтовый адрес для направления письменного ответа: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

моб. телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАПРОС**

**о выдаче отражающих состояние здоровья медицинских документов**

**(в том числе копий и выписок из медицинских документов)**

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

за период\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в бумажном виде.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись

Принято «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата Подпись Ф.И.О. Должность

Приложение№2

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

Главному врачу ООО «Вита-Плюс»

Александровой П.В.

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ подтверждающий статус законного представителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства (места пребывания): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Почтовый адрес для направления письменного ответа:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

моб. телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАПРОС**

о выдаче отражающих состояние здоровья медицинских документов

(в том числе копий и выписок из медицинских документов)

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

за период\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в бумажном виде.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись

Принято «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата Подпись Ф.И.О. Должность

Исполнитель: Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Александрова П.В./