



**КАДУЦЕЙ**  
МЕДИЦИНСКАЯ КЛИНИКА

ООО «Кадуцей», г. Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 66, лит. А, пом. 10Н

ИНН 7816069955, КПП 781601001, ОГРН 1157847010914

Р/с 40702810300024754750 в Петербургском филиале АО ЮниКредит Банка, г. Санкт-Петербург, К/с 30101810800000000858, БИК 044030858

г. Санкт-Петербург

«01» октября 2022 г.

Приказ №

01/Н

*«Об утверждении Положения о порядке приема запросов и выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них в ООО «Кадуцей»»*

Во исполнение требований Приказа Минздрава России 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:

1. Утвердить Положение о порядке приема запросов и выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них в ООО «Кадуцей».
2. Утвердить форму журнала приема запросов и выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них (Приложение № 1 к Положению).
3. Утвердить рекомендуемую форму запроса о выдаче медицинских документов (их копий) и выписок из них пациенту и законному представителю (Приложение № 2 и № 3 к Положению).
4. Назначить ответственным за прием и регистрацию запросов, а также отправку ответов на запросы, выдачу медицинских документов и их копий, заполнение журнала приема запросов и выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них старшего администратора-кассира, в отсутствие старшего администратора-кассира – присутствующего на рабочем месте администратора-кассира.
5. Утвердить стандартную операционную процедуру СОП «Порядок выдачи медицинских документов и их копий»
6. Настоящий приказ довести до сведения всех заинтересованных лиц под подпись.
7. Контроль за исполнением приказа возложить на главного врача.

Генеральный директор ООО «Кадуцей»

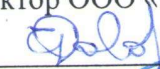
/Соломонов Д.В./

С приказом ознакомлен:

| Должность | ФИО | Дата | Подпись |
|-----------|-----|------|---------|
|           |     |      |         |
|           |     |      |         |
|           |     |      |         |
|           |     |      |         |
|           |     |      |         |
|           |     |      |         |
|           |     |      |         |
|           |     |      |         |

## УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор ООО «Кадуцей»

Соломонов Д.В. 

« 01 »

10

2022 г.

М.п.



### **Положение о порядке приема запросов и выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них в ООО «Кадуцей»**

Настоящее положение составлено во исполнение требований Приказа Минздрава России 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

Настоящее Положение регламентирует порядок приема запросов и выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них.

#### 1. 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 или отсутствия необходимых документов.

1.3. Запросы подлежат обязательной регистрации старшим администратором-кассиром (администратором-кассиром в его отсутствие) в день поступления. Срок отсчитывают с даты регистрации запроса, сотрудником.

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.

## 2. 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.

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 приводится 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 ответственного за выдачу медицинских документов. При этом сведения о медицинском работнике должны быть внесены в Федеральный регистр медицинских работников ЕГИСЗ, а о медицинской организации – 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:

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

медицинская карта ребенка (№ 026/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 могут быть выданы за плату при наличии в уставе учреждения права оказывать платные услуги и утвержденного прейскуранта 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, заверяются печатью.

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

# Журнал

**приема запросов и выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них**

[illegible]

*Приложение № 2 к Положению о порядке приема запросов и выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них в ООО «Кадуцей»*

**Запрос пациента о предоставлении медицинской документации (их копий) и выписок из них**

Главному врачу ООО «Кадуцей»  
Соломоновой С.В.

|                                                                                                                            |                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <i>(Ф. И. О. пациента)</i>                                                                                                 |                                        |
| <i>Реквизиты документа, удостоверяющего личность заявителя (номер и серия, дата выдачи, наименование выдавшего органа)</i> |                                        |
| <i>Адрес места жительства (пребывания):</i>                                                                                |                                        |
| <i>Почтовый адрес для направления письменных ответов:</i>                                                                  |                                        |
| <i>Контактный телефон:</i>                                                                                                 |                                        |
| <i>Адрес электронной почты</i>                                                                                             |                                        |
| <i>Наименование медицинских документов (их копий) или выписок к получению</i>                                              |                                        |
|                                                                                                                            | <i>(оригинал/выписка/копия и пр. )</i> |
| <i>Период за который пациент намерен получить документы</i>                                                                |                                        |
| <i>Сведения о предпочтительном способе получения</i>                                                                       |                                        |
|                                                                                                                            | <i>(лично по почте)</i>                |

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

*Подпись пациента*

Приложение № 3 к Положению о порядке приема запросов и выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них в ООО «Кадуцей»

**Запрос законного представителя о предоставлении медицинской документации (их копий) и выписок из них**

Главному врачу  
ООО «Кадуцей»  
Соломоновой С.В.

|                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>(Ф. И. О. пациента)</i>                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <i>(Ф. И. О. законного представителя пациента)*</i>                                                                                                        | <i>Ф. И. О. супруга(и), сына, дочери, матери, отца, усыновленного(ой), усыновителя, родного брата и родной сестры, внука, внучки, дедушки, бабушки либо иного лица, указанного пациентом или его законным представителем в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство</i> |
| <i>Реквизиты документа, удостоверяющего личность заявителя (номер и серия, дата выдачи, наименование выдавшего органа) пациента и <b>представителя</b></i> | <i>Пациента:</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                            | <i>Представителя:</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Адрес места жительства (пребывания)пациента и <b>представителя:</b></i>                                                                                 | <i>Пациента:</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                            | <i>Представителя:</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Почтовый адрес для направления письменных ответов:</i>                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <i>Контактный телефон:</i>                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <i>Адрес электронной почты:</i>                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <i>Наименование медицинских документов (их копий) или выписок к получению</i>                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                            | <i>(оригинал/выписка/копия и пр. )</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <i>Период за который представитель намерен получить документы</i>                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <i>Сведения о предпочтительном способе получения</i>                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                            | <i>(лично/ по почте)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

Приложение: Документы подтверждающие полномочия представителя

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

*Подпись законного  
представителя*