|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Перечень лиц, имеющих право на ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента и находящейся в медицинской организации с медицинской документацией** | | **Пациент**  **Законный представитель**  **В случае отсутствия запрета разглашения сведений, составляющих врачебную тайну:**  **Супруг (супруга), дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушки, бабушки.**  **Лица, указанные пациентом или его законным представителем в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство** | | | |
| **Основаниями для ознакомления с медицинской документацией является поступление в медицинскую организацию запроса о предоставлении медицинской документации для ознакомления** | | | | | |
| **Письменный запрос содержит следующие сведения**: | **а) фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента;**  **б) фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя пациента либо лица, имеющего право на ознакомление;**  **в) место жительства (пребывания) пациента;**  **г) реквизиты документа, удостоверяющего личность лица, направившего запрос (номер и серия (при наличии), дата выдачи, наименование выдавшего органа);**  **д) реквизиты документа, подтверждающего полномочия (при наличии) законного представителя пациента (номер и серия (при наличии), дата выдачи, наименование выдавшего органа);**  **е) период оказания пациенту медицинской помощи в медицинской организации, за который пациент, его законный представитель либо лицо, имеющего право на ознакомление, желает ознакомиться с медицинской документацией;**  **ж) почтовый (электронный) адрес для направления письменного ответа;**  **з) номер контактного телефона (при наличии)** | | | | |
| **Письменный запрос вы можете направить по указанным адресам, или зарегистрировать лично в кабинете**   |  | | --- | | **Медицинский пост** | | **(наименование и номер кабинета)** | | | | **Адрес:** | **214501,**  **Смоленская область, Смоленский район, д.Боровая** | |
| **Адрес электронной почты:** | **sanatory.matjiditya@yandex.ru** | |
| **В течение двух рабочих дней со дня поступления письменного запроса Вы будете проинформированы по указанным в запросе номеру контактного телефона и электронной почте о дате, начиная с которой в течение пяти рабочих дней возможно ознакомление с медицинской документацией, а также о месте в медицинской организации, в котором будет происходить ознакомление** | | | | | |
| **Информация предоставлена в соответствии с приказом Минздрава России от 12.11.2021 N 1050н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента»** | | | | | C:\Users\sminigulov\Pictures\Контент\QR\Ознакомление с меддокументацией.png |