

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОБРАЩЕНИЯХ ГРАЖДАН

1. Рассмотрение обращений граждан в медицинской организации регламентируется следующими нормативными правовыми актами:

- Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»;
- Законом от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»;
- Федеральным законом от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации»;
- Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- Приказом МЗРФ от 12.11.2021 №1050н «Об утверждении порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента»
- Приказом МЗРФ от 31.07.2020 № 789н « Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

2. К обращениям относятся изложенные в письменной, устной и электронной форме предложения, заявления, жалобы физических и юридических лиц

2.1. Гражданин в своем письменном обращении в обязательном порядке указывает свою фамилию, имя, отчество, почтовый адрес, по которому должен быть направлен ответ, излагает суть предложения, заявления или жалобы, уведомляет о переадресации обращения, ставит личную подпись и дату. Обращения граждан, не содержащие фамилию и адрес заявителя, рассмотрению не подлежат. В случае необходимости в подтверждение своих доводов гражданин прилагает к письменному обращению документы и материалы либо их копии.

для письменных обращений: 150054, г.Ярославль, проспект Октября, дом 57б

2.2. Обращение, поступившее в форме электронного документа. В обращении гражданин в обязательном порядке указывает свои фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии), адрес электронной почты, по которому должны быть направлены ответ, уведомление о переадресации обращения. Гражданин вправе приложить к такому обращению необходимые документы и материалы в электронной форме.

для электронных обращений: dentalia-yar@mail.ru, mir_76yar@mail.ru

2.3. Устные обращения рассматриваются на личном приеме. При личном приеме гражданин предъявляет паспорт.

для устных обращений запишитесь на прием к главному врачу или генеральному директору по номеру телефона: 23-03-03, 23-31-70

3. Сроки рассмотрения обращений

3.1. Письменное обращение, поступившее в учреждение здравоохранения, рассматривается в течение 30 дней со дня регистрации обращения, кроме обращений, поступивших через вышестоящие органы государственной власти или иные организации, в которых указывается конкретный срок исполнения.

3.2. Ответы на обращения, содержащие требования потребителей в отношении ненадлежащего качества оказанных услуг, компенсации убытков, морального вреда подлежат рассмотрению в 10-дневный срок.

3.3. В исключительных случаях срок рассмотрения может быть продлен руководителем, но не более чем на 30 дней. О продлении срока рассмотрения обращения автору направляется письменный промежуточный ответ (уведомление) с обоснованием необходимости продления срока и вышестоящему органу, взявшему обращение на контроль.

4. Ознакомление с документацией

4.1. Пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента и находящейся в ООО «МиР» .

4.2. Супруг (супруга), дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушки, бабушки либо иные лица, указанные пациентом или его законным представителем в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, имеют право непосредственно знакомиться с медицинской документацией пациента, в том числе после его смерти, если пациент или его законный представитель не запретил разглашение сведений, составляющих врачебную тайну .

4.3. Основаниями для ознакомления с медицинской документацией является поступление в медицинскую организацию запроса, в том числе в электронной форме. 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, указанного в пункте 4.2 ;
- 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, указанное в пункте 3 настоящего Положения, желает ознакомиться с медицинской документацией;

ж) почтовый (электронный) адрес для направления письменного ответа;

з) номер контактного телефона (при наличии).

4.4. Письменный запрос направляется по почте либо доставляется нарочно в медицинскую организацию. Письменный запрос в электронной форме направляется на электронный адрес медицинской организации.

В течение двух рабочих дней со дня поступления письменного запроса пациент, его законный представитель либо лицо, указанное в пункте 4.2. , информируется доступными средствами связи, в том числе по номеру контактного телефона (при наличии) либо по электронной почте (при наличии), работником медицинской организации о дате, начиная с которой в течение пяти рабочих дней возможно ознакомление с медицинской документацией с учетом графика работы медицинской организации, а также о месте в медицинской организации, в котором будет происходить ознакомление.

4.5. Ознакомление пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 4.2. , с медицинской документацией осуществляется в помещении медицинской организации в присутствии работника, ответственного за выдачу медицинской документации для ознакомления, с учетом графика работы медицинской организации.

5. Предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них

5.1. Для получения медицинских документов (их копий) или выписок из них пациент либо его законный представитель представляет запрос о предоставлении медицинских документов (их копий) и выписок из них на бумажном носителе (при личном обращении или по почте) ,который составляется в свободной форме и содержит:

1) сведения о пациенте:

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

б) реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента;

в) адрес места жительства (места пребывания);

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

2) в случае обращения от имени пациента его законного представителя - сведения о законном представителе, указанные в подпункте 1 настоящего пункта;

3) 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;

4) 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,

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

5.2. В случае направления запроса пациентом либо его законным представителем о предоставлении оригиналов следующих медицинских документов пациенту либо его законному представителю предоставляется их копия или выписка из них, за исключением случаев формирования указанных медицинских документов в форме электронных документов:

1) медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

2) медицинская карта стоматологического пациента;

3) медицинская карта ортодонтического пациента;

5.3. 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.

В случае выбора способа получения пациентом (его законным представителем) запрашиваемых медицинских документов (их копий) или выписок из них по почте соответствующие медицинские документы (их копии) или выписки из них направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

5.4. В случае отсутствия в запросе сведений, указанных в пункте 5.1. и (или) документа, подтверждающего статус законного представителя, медицинская организация в письменной или электронной форме информирует об этом пациента либо его законного представителя в срок, не превышающий четырнадцати календарных дней со дня регистрации в медицинской организации запроса.

5.5. Предоставление пациенту либо его законному представителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра.

Запрос пациента (законного представителя пациента)

**с целью ознакомления с оригиналами медицинской документации пациента, которая ведется в
ООО «МиР»**

Я, _____

(ФИО пациента, законного представителя пациента)

хочу ознакомиться с оригиналами медицинской документации пациента

_____ (ФИО пациента)

Место жительства(пребывания) пациента_____

Реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента_____

Реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента

Реквизиты документа, подтверждающие полномочия законного представителя пациента

Период оказания пациенту медицинской помощи в ООО «МиР», за который пациент (законный представитель) желает ознакомиться с медицинской документацией_____

Почтовый адрес для отправления письменного ответа_____

Номер контактного телефона (при наличии)_____

Дата запроса_____

О необходимости аккуратного и бережного обращения с предоставленной для ознакомления медицинской документацией предупрежден.

Пациент (законный представитель) _____ (подпись) _____ (ФИО)

Оборот

Сведения об ознакомлении пациент/ его законного представителя с данной медицинской документацией

Дата поступления письменного запроса_____

Даты ознакомления с документацией_____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ознакомившегося лица

Фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность работника, зафиксировавшего факт ознакомления

Подписи работника_____

Запрос

о предоставлении медицинских документов (их копий) в ООО «МиР» и выписок из них на бумажном носителе (при личном обращении или по почте)

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента _____

Реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента _____

Адрес места жительства (места пребывания) пациента _____

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

Сведения о законном представителе (ФИО, реквизиты документа, удостоверяющие личность и полномочия) _____

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 _____

Сведения о способе получения документов _____

Дата подачи запроса _____

Подпись пациента либо его законного представителя _____

