



**Общество с ограниченной ответственностью
«КЛИНИКА ВОССТАВЛЕНИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ»
(ООО «КВМ»)**

ИНН 2366039123 ОГРН 1222300066416, р/с 40702810801500171307 в ТОЧКА ПАО БАНКА «ФК ОТКРЫТИЕ» г. Москва, к/с 30101810845250000999 БИК 044525999

Юридический адрес: 354008, Краснодарский край, г. Сочи, ул. Виноградная, д. 2/3, пом. 105

Фактический адрес: 354008, Краснодарский край, г. Сочи, ул. Виноградная, д. 2/3, пом. 105

контактный телефон: +7 (988) 185-77-55, адрес электронной почты: clinic@bio-23.ru

УТВЕРЖДАЮ:
Генеральный директор
ООО «КЛИНИКА ВОССТАВЛЕНИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ»
Мещик Елена Игоревна

« 01 » 10 2023 г.

Запрос на предоставление информации

В соответствии с п.4 ст.22 ФЗ №323-ФЗ и Приказами ООО "КЛИНИКА ВОССТАВЛЕНИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ" о "Об утверждении порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией" ознакомиться с документацией, отражающей состояние здоровья пациента, может сам пациент или его законный представитель (для несовершеннолетних, а также признанных в установленном порядке недееспособными, пациентов).

Ознакомление пациента с документацией производится на основании его письменного запроса.

Сроки ответа на запрос

Генеральный директор или главный врач ООО «КЛИНИКА ВОССТАВЛЕНИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ» обязаны рассмотреть запрос в течение 10 рабочих дней. Ответ пациенту о возможности ознакомления с медицинской документацией осуществляется по телефону, номер которого указан в письменной форме запроса. В ответе на запрос указываются предварительная дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией.

Правила ознакомления с медицинской документацией

Для ознакомления пациенту предоставляются оригиналы медицинской документации.

При оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, пациент имеет право ознакомиться с записями, сделанными медицинским работником в медицинской документации во время приёма (посещения на дому).

ООО «КЛИНИКА ВОССТАВЛЕНИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ» не обязана направлять медицинскую карту посредством почтовой связи, поскольку для ознакомления с медицинской документацией и получение из неё необходимых выписок, предусмотрен иной порядок.

Для ознакомления с медицинской документацией Вы можете прийти в установленное время по адресу ООО «КЛИНИКА ВОССТАВЛЕНИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ»: 354008, Краснодарский край, г. Сочи, ул. Виноградная, д. 2/3, пом. 105.

ООО «КЛИНИКА ВОССТАВЛЕНИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ» не обязана предоставлять документацию для ознакомления, если направленный пациентом или его законным представителем запрос не соответствует требованиям, установленным приказом Минздрава РФ №425н.

Бланк Запроса о предоставлении медицинской документации для ознакомления прилагается.

Приложение № 1
Генеральному директору
ООО «КЛИНИКА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ»
Лешик Елена Игоревна

от _____
(фамилия имя отчество)

_____ (почтовый адрес для направления письменного ответа)

_____ (номер контактного телефона)

ЗАПРОС
о предоставлении медицинской документации для ознакомления

Я, _____
(Ф. И. О. пациента)

или являющийся законным представителем пациента

_____ (фамилия, имя и отчество)

проживающий по адресу:

_____ место жительства (пребывания)

Реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента:

паспорт: серия _____ номер _____,

выдан _____
(когда и кем)

Реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя
пациента:

паспорт: серия _____ номер _____,

выдан _____
(когда и кем)

Реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя
пациента:

Прошу предоставить мне для ознакомления медицинскую документацию пациента

_____ за период с _____ до _____.

Дата « ____ » _____ 20 ____ года

Подпись _____