**УВАЖАЕМЫЕ ПАЦИЕНТЫ!**

В соответствии с установленным в ГБУЗ СО «СГП № 1» Порядком ознакомления медицинской документации, отражающей состояние здоровья пациента, в ГБУЗ СО «СГП № 1»" (далее – Порядок), утвержденным Приказом главного врача ГБУЗ СО № 1» от 16.12.2016 г. № 587 с учетом изменений, внесенных приказом от 14.03.2018 г. №241, пациент или его законный представитель имеет право на выдачу (в исключительных случаях) или ознакомление с медицинской документацией, хранящейся в поликлинике.

Для выдачи амбулаторной карты (копии амбулаторной карты) на руки и ознакомления с медицинской документацией пациенту необходимо заполнить **письменное заявление по определенной форме.**

Ознакомление с медицинской документацией проводится **по предварительной записи .**

 **Записаться можно по адресам**

**-**  г. Самара, ул. Тополей, д. 12, в здании взрослой поликлиники, кабинет № 708 (приемная)

- г. Самара, ул. Маршала Устинова, д. 10, Поликлиническое отделение в жилом микрорайоне Крутые Ключи, каб. № 208

Образцы заявлений

Главному врачу ГБУЗ СО «СГП № 1»

Милованову В.Д.

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

*(фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента или фамилия, имя и отчество*

*(при наличии) законного представителя пациента)*

проживающего *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(место жительства (пребывания) пациента)*

паспорт *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*или реквизиты другого документа, удостоверяющего личность пациента*

*или законного представителя)*

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

*реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента*

*свидетельство о рождении, доверенность или др.*

телефон для связи  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

ЗАПРОС

 Прошу разрешения на ознакомление с оригиналом медицинской документации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указать какая именно - медицинская карта амбулаторного больного, медицинская карта стоматологического пациента и т.д.)*

на имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

За период с «\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. по «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Главному врачу ГБУЗ СО «СГП № 1»

Милованову В.Д.

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

*(фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента или фамилия, имя и отчество*

*(при наличии) законного представителя пациента)*

проживающего *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(место жительства (пребывания) пациента)*

паспорт *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*или реквизиты другого документа, удостоверяющего личность пациента*

*или законного представителя)*

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

*реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента*

*свидетельство о рождении, доверенность или др.*

телефон для связи  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

ЗАЯВЛЕНИЕ

 Прошу разрешения на выдачу мне (ниже «галочкой» отметить нужное)

 оригинала медицинской карты амбулаторного больного в связи с прохождением медико-социальной / судебно-медицинской (нужное подчеркнуть) экспертизы «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г (указать дату проведения экспертизы), обязуюсь вернуть не позднее 1 рабочего дня с даты проведения экспертизы

 заверенной копии медицинской карты амбулаторного больного

 выписки из медицинской карты амбулаторного больного в связи с необходимостью получения консультации в другом лечебном учреждении.

на имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациент (законный представитель) предупрежден о том, что:

1. **медицинская карта амбулаторного больного** является одним из основных учетных медицинских документов, используемых в медицинской организации, служит документальным подтверждением всех лечебно-диагностических мероприятий, проводимых пациенту, **является собственностью медицинской организации и хранится в регистратуре**;
2. **недопустимо внесение изменений в медицинскую карту** амбулаторного больного.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Дежурный администратор:

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/