

Министерство здравоохранения Астраханской области  
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
Астраханской области  
**«Областная клиническая психиатрическая больница»**

---

**ПРИКАЗ № 269**

8.08.2018 г.

г. Астрахань

**«Об утверждении «Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с оригиналами медицинской документации в ГБУЗ АО «ОКПБ», формы «Заявления о смене врача» и «Заявления о согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну»**

В целях дальнейшего совершенствования правового обеспечения лечебно-диагностического процесса в ГБУЗ АО «ОКПБ»

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить и ввести в действие в ГБУЗ АО «ОКПБ» с 8.08.2018 года:
  - Порядок ознакомления пациента либо его законного представителя с оригиналами медицинской документации;
  - форму «Заявления о смене врача» (Приложение № 1);
  - форму «Заявления о согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну» (Приложение № 2).
2. Заместителю главного врача по лечебной работе В.С. ТАРХАНОВУ, заместителю главного врача по поликлинической работе Е.В. СОБОЛЕВОЙ, заместителю главного врача по клинико-экспертной работе С.Ю. ТОЛОКИНОЙ, заместителю главного врача по судебно-экспертной работе М.В. СЕРОШТАНОВУ, начальнику ДПО Н.Н. СОКОЛОВОЙ, начальнику ОГМСР Н.Х. ЯГУПОВОЙ:
  - 2.1. Ознакомить всех заинтересованных сотрудников учреждения с утвержденным Порядком и утвержденными формами Заявлений в срок до 10.08.2018 года.
  - 2.2. Обеспечить наличие утвержденного Порядка и утвержденных форм Заявлений в структурных подразделениях вверенных им отделов.
  - 2.3. Обеспечить выполнение требований утвержденного Порядка и применение утвержденных форм Заявлений сотрудниками учреждения.
3. Начальнику организационно-методического отдела Е.Э. ТОЧИНОЙ в срок до 10.08.2018 года разместить утвержденный Порядок ознакомления пациента либо его законного представителя с оригиналами медицинской документации в ГБУЗ АО «ОКПБ», бланки «Заявления о смене врача», «Заявления о согласии на

разглашение сведений, составляющих врачебную тайну» на официальном сайте учреждения.

5. Заведующей канцелярией СВ. ГУЗИЙ довести приказ до сведения всех заинтересованных лиц.

6. Контроль исполнения приказа оставляю за собой.

Главный врач



А.В. Хрящёв

**С приказом № 269 от 8.08.2018 года ознакомлены:**

*Зам. н. д. А. В. Соколов*  
*Зам. н. д. А. В. Соколов*  
*З. Мочалова*

Главному врачу ГБУЗ АО «ОКПБ»,  
д.м.н. Хрящёву А.В.

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента, ФИО законного представителя пациента)

\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства)

\_\_\_\_\_  
(контактная информация: тел., e-mail)

### Заявление о выборе врача

В соответствии с п. 2 и п. 7 ст. 21 закона «Об основах охраны здоровья граждан РФ» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ пациент имеет право на выбор лечащего врача.

Руководствуясь вышеизложенным,

ПРОШУ:

Предоставить мне возможность получать медицинскую помощь у врача-психиатра

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. врача)

Предоставить пациенту

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента)

возможность получать медицинскую помощь у врача-психиатра

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. врача)

Причины смены врача:

- качеством оказания медицинской помощи неудовлетворен;
- при обращении к врачу в медицинской помощи было отказано;
- выбранный врач пользуется большим доверием / у выбранного врача больше опыта / выбранный врач более квалифицирован и т.д.;
- другая причина \_\_\_\_\_

От выбранного врача \_\_\_\_\_ согласие получено / от выбранного врача согласие не получено / с соответствующей просьбой непосредственно к врачу не обращался (лась).

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_

414004, г. Астрахань, Началовское шоссе, 15,  
ГБУЗ АО «ОКПБ»

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента или его законного представителя)

\_\_\_\_\_ (документ, удостоверяющий личность)

адрес: \_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_

### Заявление о согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. пациента, дата рождения или его законного представителя полностью)

учитывая требования ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно которым с письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях -

заявляю о своём согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну о пациенте \_\_\_\_\_

(для законного представителя гражданина - Ф.И.О., дата рождения пациента)

а именно: сведений о факте обращения мной (поименованным гражданином) за оказанием медицинской помощи, состоянии моего (его) здоровья и диагнозе, иных сведений, полученных при моём (его) медицинском обследовании и лечении (нужное подчеркнуть) в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница» в связи с

\_\_\_\_\_ (обоснование причин)

следующим лицам \_\_\_\_\_

Данное согласие продолжает действовать после моей смерти и распространяется, в том числе, на такие сведения, составляющие врачебную тайну, которые могут появиться после моей смерти (данные патолого-анатомического вскрытия, судебно-медицинского исследования и аналогичные сведения).

**Приложение к заявлению** (если заявление подписывается законным представителем): документы, подтверждающие полномочия законного представителя, подписывающего заявление.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Пациент (законный представитель):

\_\_\_\_\_  
(подпись) / \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)