

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ОМСКОЙ БЛАСТИ  
«ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 4»**

---

ПРИКАЗ

«09» 04 2025 г.

№ 89

г. Омск

**"О порядке и сроках предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них, порядке ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента, в БУЗОО «Детская городская больница № 4»"**

На основании закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", приказа Министерства здравоохранения РФ от 31 июля № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них», приказа Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2021 г. N 1050н "Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента"

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить Положение о порядке и сроках предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них, о порядке ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента, в БУЗОО «Детская городская больница № 4» (Приложение № 1).
2. Утвердить следующие формы: заявление о предоставлении медицинских документов (их копий) и выписок из них (Приложение № 2), заявление о предоставлении медицинских документов для ознакомления (Приложение № 3), журнал приема запросов и выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них (Приложение № 4), журнал предварительной записи для ознакомления с медицинской документацией (Приложение № 5), журнал факта ознакомления с медицинской документацией (Приложение № 6).
3. Назначить ответственным за соблюдением порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них

заместителя главного врача по поликлинической работе, заместителя главного врача по медицинской части.

4. Назначить ответственным за соблюдением порядка и сроков ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента, заместителя главного врача по поликлинической работе, заместителя главного врача по медицинской части.
5. Назначить ответственным за ведение журнала приема запросов и выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них, журнала предварительной записи посещений помещения для ознакомления с медицинской документацией старших регистраторов поликлиник.
6. Назначить ответственным за ведение журнала факта ознакомления с медицинской документацией заведующих структурных подразделений.
7. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя главного врача по поликлинической работе.

Главный врач



Л.Н. Гордий

**Положение**  
**о порядке и сроках предоставления медицинских документов (их**  
**копий) и выписок из них, о порядке ознакомления пациента либо его**  
**законного представителя с медицинской документацией,**  
**отражающей состояние здоровья пациента,**  
**в БУЗОО «Детская городская больница № 4»**

**1. Общие положения**

1.1. Настоящее положение устанавливает правила ознакомления пациента либо его законного представителя с оригиналами медицинской документации, отражающей состояние здоровья пациента и находящейся на рассмотрении в БУЗОО «Детская городская больница № 4» (далее – БУЗОО «ДГБ № 4»), а также устанавливает правила и условия выдачи пациенту либо его законному представителю медицинских документов, отражающих состояние здоровья пациента.

1.2. Настоящее положение разработано в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них", приказом Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2021 г. N 1050н "Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента".

**2. Порядок и сроки предоставления медицинских документов**  
**(их копий) и выписок из них**

2.1. К медицинским документам, отражающим состояние здоровья пациента, предоставляемым пациенту либо его законному представителю, относятся: медицинские карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма 025/у), история развития ребенка (форма 112/у), медицинская карта стоматологического больного (форма 043/у), медицинская карта стационарного больного (форма 003/у), медицинская карта для образовательных учреждений (форма 026/у), результаты лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, иные медицинские документы (далее - медицинские документы), копии медицинских документов и выписки из медицинских документов, если иной порядок предоставления (выдачи) медицинского документа определенной формы, копии

медицинского документа либо выписки из медицинского документа не предусмотрен законодательством Российской Федерации.

2.2. Для получения медицинских документов (их копий) или выписок из них пациент либо его законный представитель оформляет заявление о предоставлении медицинских документов (их копий) и выписок из них на бумажном носителе (Приложение № 2) при личном обращении в бюро выдачи медицинских документов.

2.2. Сотрудник бюро выдачи медицинских документов регистрирует заявление о предоставлении медицинских документов (их копий) и выписок из них в день поступления в журнале приема запросов и выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них (Приложение № 3) и вместе с оригиналом медицинских документов пациента передает заведующему структурного подразделения, медицинскую документацию которого запрашивает пациент (его законный представитель).

2.3. Заведующий структурного подразделения рассматривает заявление о предоставлении медицинских документов (их копий) и выписок из них и принимает решение о форме предоставления медицинской документации – оригинал, копии или выписки из оригинала, а также о сроке предоставления медицинской документации – срок может варьировать от 7 до 30 календарных дней в зависимости от формы запрашиваемого медицинского документа.

2.4. Заведующий структурного подразделения делает отметку в оригинале медицинского документа пациента и заявлении о предоставлении пациенту либо его законному представителю медицинских документов, их копий или выписок из них и возвращает в бюро выдачи медицинских документов.

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

2.5. К медицинским документам (их копиям) и выпискам из них могут прилагаться аналоговые изображения (рентгенограммы, флюорограммы, фото-, киноизображения, микрофиши) или цифровые изображения на цифровых носителях (магнитных лентах, CD- и DVD-дисках, магнитно-оптических дисках) (за исключением медицинских документов в форме электронного документа) в случае указания на необходимость их предоставления в заявлении и при условии наличия в соответствующих архивных данных.

2.6. Максимальный срок выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них с момента регистрации в БУЗОО «ДГБ № 4» заявления не должен превышать сроков, установленных требованиями законодательства о порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации – не более 30 календарных дней.

В случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях или условиях дневного стационара выписка из медицинских документов, копии медицинских документов предоставляются пациенту либо его

законному представителю в суточный срок с момента обращения.

2.7. Выписка из медицинских документов на бумажном носителе оформляется по форме 027/у (выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного) с проставлением штампа и печати БУЗОО «ДГБ № 4», подписывается врачом (фельдшером), заведующим структурного подразделения и заверяется их личными печатями.

2.8. Сотрудник бюро выдачи медицинских документов делает при необходимости, указанной в заявлении, копии медицинских документов на бумажном носителе методом ксерокопирования, заверяет на последней странице отметкой "Копия верна", своей подписью с указанием фамилии, инициалов, должности и даты выдачи копии, а также печатью БУЗОО «ДГБ № 4».

2.9. Сотрудник бюро выдачи медицинских документов предоставляет пациенту либо его законному представителю медицинские документы (их копии) и выписки из них с фиксацией факта выдачи, даты возврата (в случае выдачи оригинала) в журнале приема запросов и выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них (Приложение № 4), предварительно информируя посредством телефонной связи о дате выдачи требующихся медицинских документов (их копий) или выписок из них.

2.10. Сотрудник бюро выдачи медицинских документов при возврате оригиналов медицинских документов делает отметку в журнале приема запросов и выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них (Приложение № 4), указав дату возврата медицинской документации (в случае выдачи оригинала).

2.11. Сотрудник бюро выдачи медицинских документов осуществляет хранение заявлений о предоставлении медицинских документов (их копий) и выписок из них в течение календарного года с последующей передачей их в архив учреждения (срок хранения запросов в архиве - 5 лет).

### **3. Порядок ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента**

3.1. Порядок ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента, устанавливает правила ознакомления пациента либо его законного представителя с оригиналами медицинской документации, отражающей состояние здоровья пациента и находящейся на рассмотрении в БУЗОО «ДГБ № 4».

3.2. Основаниями для ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией является поступление в БУЗОО «ДГБ № 4» от пациента либо его законного представителя письменного заявления о предоставлении медицинской документации для ознакомления (Приложение № 3). Заявление оформляется при личном

обращении в бюро выдачи медицинских документов.

3.3 Сотрудник бюро выдачи медицинских документов регистрирует заявление о предоставлении медицинской документации для ознакомления в журнале предварительной записи для ознакомления с медицинской документацией (Приложение № 5) и вместе с оригиналом медицинской документации передает заведующему структурного подразделения, медицинскую документацию которого запрашивает пациент (его законный представитель).

3.4. Рассмотрение заявлений о предоставлении медицинской документации для ознакомления осуществляется заведующим структурного подразделения, медицинскую документацию которого запрашивает пациент (его законный представитель). После рассмотрения заявления заведующий возвращает заявление с указанием в нём даты и времени ознакомления с медицинской документацией.

3.5. Сотрудник бюро выдачи медицинских документов отражает назначенную дату и время ознакомления в журнале предварительной записи для ознакомления с медицинской документацией (Приложение № 5) и информирует об этом пациента (его законного представителя) посредством телефонной связи.

3.6. Ознакомление пациента либо его законного представителя с медицинской документацией осуществляется в кабинете заведующего структурным подразделением, медицинскую документацию которого запрашивает для ознакомления пациент (его законный представитель), а также в его присутствии, согласно времени предварительной записи.

3.7. Перед передачей оригинала медицинской документации до сведения пациента либо его законного представителя (при наличии) в устной форме доводится информация о необходимости аккуратного и бережного обращения с предоставленной для ознакомления медицинской документацией.

3.8. График работы помещения для ознакомления с медицинской документацией соответствует графику работы кабинета заведующего структурным подразделением, медицинская документация которого запрашивается.

Предварительные дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией устанавливаются с учетом графика работы заведующего структурным подразделением.

3.9. После ознакомления пациента (его законного представителя) с медицинской документацией сведения об этом заносятся заведующим структурным подразделением в журнал факта ознакомления с медицинской документацией (Приложение № 6).

3.10. Максимальный срок ожидания пациентом либо его законным представителем посещения кабинета для ознакомления с медицинской документацией с момента регистрации в БУЗОО «ДГБ № 4» заявления о предоставлении медицинской документации для ознакомления не должен

превышать сроков, установленных требованиями законодательства о порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации – не более 30 календарных дней.

3.11. Пациенты, которым оказывается медицинская помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, и передвижение которых по медицинским причинам ограничено, в том числе ввиду назначенного режима лечения, имеют право на ознакомление с медицинской документацией непосредственно в структурном подразделении медицинской организации, в котором они пребывают.

Сведения о наличии оснований для ознакомления с медицинской документацией непосредственно в структурном подразделении БУЗОО «ДГБ № 4» указываются в строке «Примечание» письменного заявления о предоставлении медицинской документации для ознакомления и заверяются подписью руководителя соответствующего структурного подразделения.

При наличии оснований для ознакомления с медицинской документацией непосредственно в структурном подразделении заведующий отделением обеспечивает данную возможность

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

Приложение № 2  
УТВЕРЖДЕНО  
приказом главного врача  
от « 09 » 04 2025 г. № 89

Главному врачу  
БУЗОО «ДГБ № 4»  
Л.Н. Гордий

От \_\_\_\_\_  
(ФИО пациента или законного представителя)  
зарегистрированного (-ой) по адресу: \_\_\_\_\_  
паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_  
адрес пребывания (жительства): \_\_\_\_\_  
e-mail (если есть): \_\_\_\_\_  
номер контактного телефона: \_\_\_\_\_

Заявление о предоставлении медицинских документов (их копий) и выписок из них

Прошу предоставить мне оригинал, копию, выписку (нужное указать ниже) следующих медицинских документов:  
История развития ребенка - ф 112/у (для пациентов в возрасте до 15 лет) \_\_\_\_\_  
Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях - ф 025/у (для пациентов в возрасте старше 15 лет) \_\_\_\_\_  
Медицинская карта стоматологического пациента - ф 043/у \_\_\_\_\_  
Медицинская карта стационарного больного – ф 003/у \_\_\_\_\_  
Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений - ф 026/у \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ФИО ребенка, дата рождения)

\_\_\_\_\_  
(реквизиты документа, удостоверяющего полномочия законного представителя: свидетельство о рождении ребенка, приказ об опеке, доверенность)

за период \_\_\_\_\_, в связи с \_\_\_\_\_,  
(указать причину)

сроком на \_\_\_\_\_ дней.

Я осведомлен(а), что медицинские документы являются собственностью медицинской организации на основании Письма МЗСР РФ № 734/МЗ-14 от 04.04.2005 г., Приказа МЗРФ от 31.07.2020 г. № 789н. Обязуюсь вернуть медицинские документы в установленный срок.

Дата \_\_\_\_\_

Подпись заявителя \_\_\_\_\_

Должность, ФИО и подпись лица, принявшего заявление \_\_\_\_\_

Выдать \_\_\_\_\_  
(наименование документа)

\_\_\_\_\_  
(дата возврата в случае выдачи оригинала)

\_\_\_\_\_  
(должность, ФИО и подпись уполномоченного лица)

Дата \_\_\_\_\_

Приложение № 3  
УТВЕРЖДЕНО  
приказом главного врача  
от « 08 » 04 2025 г. № 89

Главному врачу  
БУЗОО «ДГБ № 4»  
Л.Н. Гордий

От \_\_\_\_\_  
(ФИО пациента или законного представителя)  
зарегистрированного (-ой) по адресу: \_\_\_\_\_  
паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_  
адрес пребывания (жительства): \_\_\_\_\_  
e-mail (если есть): \_\_\_\_\_  
номер контактного телефона: \_\_\_\_\_

Заявление о предоставлении медицинских документов для ознакомления

Я \_\_\_\_\_,  
(ФИО несовершеннолетнего / законного представителя пациента)  
действующий(-ая) от имени и в интересах \_\_\_\_\_,  
(ФИО несовершеннолетнего пациента)

на основании \_\_\_\_\_  
(реквизиты документа, удостоверяющего полномочия законного представителя: свидетельство о рождении ребенка,  
приказ об опеке, доверенность)

руководствуясь положениями Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2021 г. N 1050н "Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента" прошу предоставить для ознакомления медицинскую документацию (медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях - форма 025/у, история развития ребенка - форма 112/у, медицинская карта стоматологического больного - форма 043/у, медицинская карта стационарного больного - форма 003/у, медицинская карта для образовательных учреждений - форма 026/у)

содержащую сведения об оказании \_\_\_\_\_  
(мне / ФИО несовершеннолетнего пациента)

медицинской помощи в БУЗОО «Детская городская больница № 4» в период \_\_\_\_\_

(указать период оказания пациенту медицинской помощи в медицинской организации, за который пациент, его законный представитель желает ознакомиться с медицинской документацией).

Примечание \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Подпись заявителя \_\_\_\_\_

Должность, ФИО и подпись лица, принявшего заявление \_\_\_\_\_

Выдать для ознакомления \_\_\_\_\_  
(наименование документа)

\_\_\_\_\_ (назначенные дата и время ознакомления с медицинской документацией)

\_\_\_\_\_ (должность, ФИО и подпись уполномоченного лица)

Дата \_\_\_\_\_



Приложение № 4  
**УТВЕРЖДЕНО**  
 приказом главного врача  
 от « 01 » 04 2025 г. № 89

**Журнал приема запросов и выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них**

Дата начала: [число, месяц, год]  
 Дата окончания: [число, месяц, год]

|       |                                                       |                                   |                                                                                  |                                                                                  |                                                                       |                            |                       |                                                                                                                      |                                                                |                                                                                                                                                             |                                                             |                                            |                                                                                                                                    |                                                             |                                                      |                                                                                                                                    |
|-------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1     | 2                                                     | 3                                 | 4                                                                                | 5                                                                                | 6                                                                     | 7                          | 8                     | 9                                                                                                                    | 10                                                             | 11                                                                                                                                                          | 12                                                          | 13                                         | 14                                                                                                                                 | 15                                                          | 16                                                   | 17                                                                                                                                 |
| № п/п | Ф. И. О. заявителя (пациента)/законного представителя | Ф. И. О. и дата рождения пациента | Реквизиты документа, удостоверяющего личность (пациента/законного представителя) | Реквизиты документа, удостоверяющего полномочия законного представителя пациента | Адрес места жительства (места пребывания), номер контактного телефона | Номер контактного телефона | Дата подачи заявления | Дата информирования пациента/законного представителя о готовности медицинских документов (их копий) и выписок из них | Дата выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них | Наименование выданного документа с указанием его типа: оригинал, копия, выписка (в случае выдачи копий медицинских документов и выписок из них указывается) | Назначенная дата возврата оригиналов медицинских документов | Подпись (пациента/законного представителя) | Ф. И. О., подпись медицинского работника, который произвел выдачу (направление) медицинских документов (их копий) и выписок из них | Фактическая дата возврата оригиналов медицинских документов | Подпись заявителя (пациента/законного представителя) | Ф. И. О., подпись медицинского работника, который произвел выдачу (направление) медицинских документов (их копий) и выписок из них |

Приложение № 5  
 УТВЕРЖДЕНО  
 приказом главного врача  
 от «09» 04 2025 г. № 89

Журнал предварительной записи для ознакомления с медицинской документацией

Дата начала: [число, месяц, год]  
 Дата окончания: [число, месяц, год]

| № п/п | 2                             | 2                                   | 3                                                                                          | 4                                                                                | 5                                         | 6                          | 7                     | 8                                                                 | 9                                                                                                                                    | 10                                                                                                                                                                |
|-------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       | Ф. И. О. заявителя (пациента) | Ф. И. О.,<br>дата рождения пациента | Реквизиты документа, удостоверяющего личность (пациента/ законного представителя пациента) | Реквизиты документа, удостоверяющего полномочия законного представителя пациента | Адрес места жительства (места пребывания) | Номер контактного телефона | Дата подачи заявления | Назначенные дата и время ознакомления с медицинской документацией | Дата информирования пациента/ законного представителя пациента о назначенной дате и времени ознакомления с медицинской документацией | Ф. И. О., подпись медицинского работника, информировавшего пациента/законного представителя о назначенной дате и времени ознакомления с медицинской документацией |

ОТ «09» 04 2025 г. № 89

## Дата окончания: [число, месяц, год]

|       |                               |                                     |                                                                                           |                                                                                  |                                           |                            |                                                                   |                                                                   |                                                                                               |                                                                                                                                                     |
|-------|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| № п/п | 1                             | 2                                   | 3                                                                                         | 4                                                                                | 5                                         | 6                          | 7                                                                 | 8                                                                 | 9                                                                                             | 10                                                                                                                                                  |
|       | Ф. И. О. заявителя (пациента) | Ф. И. О.,<br>дата рождения пациента | Реквизиты документа, удостоверяющего личность (пациента/законного представителя пациента) | Реквизиты документа, удостоверяющего полномочия законного представителя пациента | Адрес места жительства (места пребывания) | Номер контактного телефона | Назначенные дата и время ознакомления с медицинской документацией | Фактические дата и время ознакомления с медицинской документацией | Подпись пациента/законного представителя пациента, ознакомленного с медицинской документацией | Ф. И. О., подпись медицинского работника, в присутствии которого пациент/законный представитель пациента был ознакомлен с медицинской документацией |