

**БЛАНК**  
**ознакомления с медицинской документацией, в соответствии**  
**с утвержденным Порядком (приказ МЗРФ от 12.11.2021г. № 1050н)**

Дата поступления письменного запроса \_\_\_\_\_

Дата ознакомления \_\_\_\_\_

Данные ознакомившегося лица \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) - полностью)

Подтверждаю, что мне разъяснены требования Порядка ознакомления с оригиналом медицинской документации, в т.ч. необходимость аккуратного и бережного обращения с предоставленной для ознакомления медицинской документацией ✓ \_\_\_\_\_

(подпись ознакомившегося лица)

Данные сотрудника, зафиксировавшего факт ознакомления \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) - полностью)

Подпись сотрудника, зафиксировавшего факт ознакомления ✓ \_\_\_\_\_

**ПРИМЕЧАНИЕ:** ♦Ознакомление с медицинской документацией осуществляется в помещении медицинской организации в присутствии работника, ответственного за выдачу медицинской документации для ознакомления, с учетом графика работы медицинской организации. ♦Право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента и находящейся в медицинской организации, имеют пациент/его законный представитель. ♦**Другие лица** - 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.**

**БЛАНК**  
**ознакомления с медицинской документацией, в соответствии**  
**с утвержденным Порядком (приказ МЗРФ от 12.11.2021г. № 1050н)**

Дата поступления письменного запроса \_\_\_\_\_

Дата ознакомления \_\_\_\_\_

Данные ознакомившегося лица \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) - полностью)

Подтверждаю, что мне разъяснены требования Порядка ознакомления с оригиналом медицинской документации, в т.ч. необходимость аккуратного и бережного обращения с предоставленной для ознакомления медицинской документацией ✓ \_\_\_\_\_

(подпись ознакомившегося лица)

Данные сотрудника, зафиксировавшего факт ознакомления \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) - полностью)

Подпись сотрудника, зафиксировавшего факт ознакомления ✓ \_\_\_\_\_

**ПРИМЕЧАНИЕ:** ♦Ознакомление с медицинской документацией осуществляется в помещении медицинской организации в присутствии работника, ответственного за выдачу медицинской документации для ознакомления, с учетом графика работы медицинской организации. ♦Право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента и находящейся в медицинской организации, имеют пациент/его законный представитель. ♦**Другие лица** - 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.**