

Правила внутреннего распорядка для потребителей услуг (пациентов) посещающих медико-санитарную часть АО «ПО «УОМЗ».

1. Общие положения

1.1. Правила внутреннего распорядка для потребителей услуг (пациентов), посещающих медико-санитарную часть АО «ПО «УОМЗ» (далее Правила), являются локальным нормативным актом, регламентирующим правила поведения пациентов и посетителей медико - санитарной части АО «ПО «УОМЗ».

Правила разработаны для создания комфортных и благоприятных условий для обследования и лечения пациентов, для повышения качества оказания медицинской помощи, соблюдения санитарно-эпидемиологических норм и правил, обеспечения защиты персональных данных, соблюдения врачебной тайны.

1.2. Правила разработаны в соответствии с:

Федеральным законом №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Федеральным законом №152 –ФЗ от 27 июля 2006 года «О персональных данных».

Гражданским кодексом Российской Федерации.

постановлениями Главного государственного санитарного врача Российской Федерации № 58 от 18.05.2010 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»

№44 от 24.12.2020 «Об утверждении санитарных правил СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений при осуществлении деятельности хозяйствующими субъектами, оказывающими медицинские услуги».

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации №789н от 31 июля 2020 «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них.

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. N 1051н.

Положением о порядке обработки и защиты персональных данных субъектов персональных данных АО «ПО «УОМЗ». к Приказу о совершенствовании работы по обработке и защите персональных данных от 17.12.2025 №694.

1.3. Правила включают:

Порядок обращения и записи на прием в поликлиническое отделение медико-санитарной части.

Порядок записи в дневной стационар медико-санитарной части.

Права и обязанности пациента.

Порядок выдачи справок и выписок из медицинской документации.

1.4. Соблюдение данных правил является обязательным для всех пациентов и посетителей медико-санитарной части АО «ПО «УОМЗ».

2. Порядок обращения и записи на прием в поликлиническое отделение медико-санитарной части.

В медико-санитарной части АО «ПО «УОМЗ» оказывается первичная медико - санитарная помощь.

2.1. Первичная медико - санитарная помощь включает в себя первичную врачебную медико - санитарную помощь, которая оказывается врачами – терапевтами, и первичную специализированную медико - санитарную помощь, которая оказывается врачами - специалистами разного профиля по направлению врачей - терапевтов, или при самостоятельном обращении пациента в медико - санитарную часть.

Первичная медико - санитарная помощь оказывается в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, рекомендуемыми в Российской Федерации.

Первичная медико - санитарная помощь может предоставляться в плановой и неотложной формах. В плановой форме медицинская помощь предоставляется при предъявлении полиса обязательного медицинского страхования (далее - полис ОМС), паспорта гражданина Российской Федерации и на основании прикрепления пациента к медико-санитарной части.

Пациентам, не имеющим прикрепления к МСЧ по ОМС, медицинская помощь оказывается на платной основе или на основании полиса добровольного медицинского страхования.

Неотложная медицинская помощь оказывается независимо от прикрепления пациента.

2.2. Для получения первичной медико-санитарной помощи пациент обращается в регистратуру, где обязан представить следующие документы:

Паспорт – для получения разового (гостевого) пропуска;

Действующий страховой полис ОМС;

СНИЛС

Гарантийное письмо – для застрахованных по добровольному страхованию.

2.3. При первичном обращении в регистратуре оформляется медицинская амбулаторная карта (Учетная форма 026/у утвержденная приказом МЗ РФ от 15.12.2014 №834н), в которую вносятся следующие сведения о пациенте:

Фамилия, имя, отчество – полностью, пол, дата и год рождения, адрес регистрации, адрес проживания, данные паспорта, номер страхового полиса ОМС, название страховой компании, номер СНИЛС, номер телефона пациента и ближайшего родственника.

Для сотрудников АО «ПО «УОМЗ» - номер или название структурного подразделения, должность.

В регистратуре пациент обслуживается в порядке живой очереди, исключения составляют категории граждан имеющих право на обслуживании вне очереди по закону.

2.4. Медицинская карта является собственностью поликлиники и хранится в регистратуре, на руки пациенту не выдается, передается в кабинет приема только сотрудниками поликлиники.

2.5. Запись на прием к врачу осуществляется в регистратуре, в день обращения при наличии талонов на прием к соответствующему специалисту. Так же записаться можно по телефонам (343)229-81-12; (343) 229-88-33 или очно при обращении в регистратуру.

На повторный прием запись осуществляется лечащим врачом на удобное для пациента время и с учетом имеющейся свободной даты и времени.

Время, выделяемое на амбулаторный прием пациента, определено действующими расчетными нормативами, исходя из врачебной нагрузки по конкретной специальности, утвержденной распоряжением главного врача.

2.6. Объем диагностических и лечебных мероприятий, необходимость в консультациях врачей-специалистов для конкретного пациента определяются лечащим врачом, в соответствии со стандартами, порядками оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями, рекомендуемыми в Российской Федерации. по конкретной нозологической форме (заболеванию).

Лабораторно-диагностические методы исследования проводятся на основании направления от лечащего врача или врача-специалиста медико-санитарной части АО «ПО «УОМЗ», при наличии

медицинских показаний и в соответствии со стандартами, порядками оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями.

Направления на лабораторно-диагностические методы исследования, полученные в других медицинских учреждениях, обслуживаются на платной основе.

2.7. Прием по экстренным показаниям проводится без предварительной записи, вне очереди.

2.8. Информацию о времени приема всех служб и врачей пациент может получить в регистратуре, на справочном табло, информационной стеле в холле и на сайте медико-санитарной части.

1. Порядок записи в дневной стационар медико-санитарной части

3.1. Дневной стационар медико-санитарной части организован в медико-санитарной части АО «ПО «УОМЗ», в структуре амбулаторно-поликлинической помощи.

Показанием для направления пациента в дневной стационар является необходимость проведения пациенту лечебных мероприятий, медицинского наблюдения в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения.

3.2. Направление на госпитализацию в дневной стационар МСЧ пациентов, прикрепленных к медико-санитарной части, нуждающихся в плановом стационарном лечении, осуществляется лечащим врачом после предварительного обследования.

3.3. Длительность ежедневного пребывания в дневном стационаре составляет от 3 до 6 часов. Курс лечения определяется лечащим врачом, выдавшим направление.

3.4. В дневном стационаре медико-санитарной части пациентам предоставляются: место (койка), ежедневное наблюдение лечащего врача, диагностика и лечение заболевания в рамках конкретного стандарта заболевания, медикаментозная терапия, в том числе с использованием парентеральных путей введения (внутривенные, внутримышечные, подкожные инъекции и иное), лечебные манипуляции и процедуры по показаниям.

3.5. Питание пациентов в дневном стационаре медико-санитарной части не предусмотрено.

3.6. При поступлении в дневной стационар пациент должен иметь при себе следующие документы: направление от лечащего врача медико-санитарной части, паспорт, СНИЛС, полис ОМС.

3.7. Пациентам, не прикрепленным к медико-санитарной части, или с направлениями из других медицинских учреждений, лечение в дневном стационаре медико-санитарной части АО «ПО «УОМЗ» проводится на платной основе, согласно прейскуранту.

Пациенты, работающие в АО «ПО «УОМЗ», не имеющие прикрепление к медико-санитарной части, имеют право лечиться в дневном стационаре бесплатно при условии наличия свободных мест, направления от лечащего врача медико-санитарной части. Медикаменты и расходные материалы приобретаются за счет личных средств пациента.

3.6. При поступлении в дневной стационар на пациента оформляется медицинская карта стационарного больного, в которой делается отметка об ознакомлении пациента с информационными документами и с Настоящими правилами.

Медицинская карта является собственностью медико-санитарной части и на руки пациентам не выдается.

4. Права и обязанности пациента.

4.1. В помещениях медико-санитарной части АО «ПО «УОМЗ» запрещается:

Нахождение в верхней одежде, без сменной обуви (или бахил).

Оставлять в гардеробе деньги и ценные вещи.

Курение в помещениях медико-санитарной части.

Распитие спиртных напитков, употребление наркотических средств, психотропных и токсических веществ.

Появление в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения.

Пользование служебными телефонами.

Размещать в помещениях медико-санитарной помощи объявления и рекламу.

Производить фото - и видеосъемку без предварительного согласования с администрацией и письменного согласия медицинского персонала.

4.2. Пациент имеет право:

4.2.1. На получение медицинской помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим и противоэпидемическим требованиям.

4.2.2. На получение в доступной форме информации:

о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозах, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях/противопоказаниях к применению.

4.2.3. На защиту персональных данных, сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозах и иных сведениях, полученных при обследовании и лечении, за исключением случаев предусмотренных законодательством Российской Федерации.

4.2.4. На отказ от медицинского вмешательства.

4.2.5. На получение дубликатов, копий, справок и других медицинских документов в порядке, установленном в медико-санитарной части АО «ПО «УОМЗ».

4.2.6. На получение информации о расписании работы врачей и служб медико-санитарной части, а так же о предварительной записи на прием к врачам.

4.2.7. В случае возникновения конфликтной ситуации пациент имеет право обратиться к должностным лицам медико-санитарной части с письменным или устным обращением.

4.3. Обязанности пациентов:

4.3.1. Соблюдать внутренний распорядок работы медико-санитарной части, тишину, чистоту и порядок (верхнюю одежду оставлять в гардеробе, надевать бахилы);

4.3.2. При первичном обращении представить документы: паспорт, полис ОМС, СНИЛС.

4.3.3. Оформить письменное согласие на обработку персональных данных и медицинское вмешательство (приложение 1: приложение 2,3 к приказу МЗ РФ от 12 ноября 2021 г. N 1051н согласие и отказ на медицинское вмешательство; согласие на обработку персональных данных; согласие на обработку персональных данных сотрудников АО « ПО « УОМЗ» , обратившихся в МСЧ).

4.3.4. Выполнять требования и предписания лечащего врача, соблюдать рекомендуемую врачом диету, сотрудничать с лечащим врачом на всех этапах оказания медицинской помощи. Не вмешиваться в действия лечащего врача, не осуществлять иных действий способствующих нарушению процесса оказания медицинской помощи.

4.3.5. Оформлять в установленном порядке свой отказ от получения информации по своей воле о состоянии здоровья, о результатах обследования, наличии заболеваний, диагнозах и прогнозах, в том числе, в случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания, отказ от медицинского вмешательства или его прекращение.

4.3.6. Уважительно относиться к медицинскому персоналу, проявлять доброжелательное и вежливое отношение к другим пациентам.

4.3.7. Бережно относиться к имуществу МСЧ и других пациентов.

4.3.8. Являться на прием к врачу в назначенные дни и часы, согласно графику работы, предупреждать о невозможности явки на прием.

4.3.9. Уведомить лечащего врача о нахождении на лечении в иных ЛПУ.

5. Порядок выдачи справок и выписок из медицинской документации.

5.1. Справки, медицинские заключения, выписки из амбулаторной карты и другие медицинские документы (далее Справки) оформляются (формируются) в произвольной форме или в форме электронного документа и выдаются на бумажном носителе, в одном экземпляре.

5.2. Для получения медицинских документов (их копий) или выписок из них пациент направляет запрос о предоставлении медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе при личном обращении.

5.3. Запрос составляется в свободной форме и содержит сведения о пациенте: фамилия, имя, отчество, реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента, адрес места жительства, почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений (при необходимости), номер контактного телефона, адрес электронной почты (при наличии), наименования медицинских документов (их копий) или выписок и период, за который за который пациент намерен их получить.

5.4. Сотрудники регистратуры (регистратор) при получении запроса осуществляют регистрацию запросов в день их поступления, хранение поступивших запросов, выдачу медицинских документов (их копий), ведение журнала приема запросов и выдачи медицинских документов (их копий). Факт выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них фиксируется записью в журнале, за подписью пациента.

5.5. Справки выдаются на основании записей в медицинской документации пациента, внесенных лечащим врачом, другими врачами-специалистами, принимавшими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении пациента.

5.6. Справки могут содержать следующие сведения:

О факте обращения пациента за медицинской помощью;

об оказании пациенту медицинской помощи в медицинской организации;

факте прохождения пациентом медицинского освидетельствования, медицинских осмотров, медицинского обследования и (или) лечения, профилактического медицинского осмотра или диспансеризации;

о наличии (отсутствии) у пациента заболевания, результатах медицинского обследования и (или) лечения;

об освобождении от посещения образовательных и иных организаций, осуществления отдельных видов деятельности, учебы в связи с заболеванием, состоянием;

о наличии (отсутствии) медицинских показаний или медицинских противопоказаний для

применения методов медицинского обследования и (или) лечения, санаторно-курортного лечения, посещения образовательных и иных организаций, осуществления отдельных видов деятельности, учебы;
о проведенных пациенту профилактических прививках;
иные сведения, имеющие отношение к состоянию здоровья пациента и оказанию пациенту медицинской помощи в медицинской организации.

5.7. Справки оформляются с проставлением штампа медицинской организации, подписываются врачом, заверяются личной печатью врача и печатью медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами

Копии медицинских документов, изготавливаемые на бумажном носителе методом ксерокопирования, заверяются на последней странице отметкой "Копия верна" подписью и печатью врача, печатью медицинской организации, даты выдачи копии

5.8. В случае если медицинский документ выдается законному представителю пациента, законный представитель предъявляет документ удостоверяющий личность и документ, подтверждающий его статус законного представителя.

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____
Ф.И.О. * года рождения*

проживающий по адресу: _____,
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н в Медико-санитарной части АО «ПО «УОМЗ».

Мне в доступной форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Ф.И.О. , подпись, контактный телефон

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ может быть передана информация о состоянии моего здоровья _____

Дата оформления _____

**Отказ от
медицинского вмешательства**

Я, _____ Ф.И.О.,

года рождения*

проживающий по адресу: _____,

Отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, оказываемых мне в Медико-санитарной части АО «ПО «УОМЗ», включенных в [Перечень](#) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н _____

Мне, врачом медико-санитарной части АО «ПО «УОМЗ» _____

Ф.И.О врача

в доступной форме разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания

Ф.И.О. , подпись, контактный телефон

Дата оформления _____

Медико-санитарная часть
АО «ПО «УОМЗ»
г.Екатеринбург
ул.Восточная 33Б

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____, _____
рождения,

Ф.И.О. года

проживающий по адресу: _____,
паспорт: серия _____ N _____, выдан " _____ " _____ г. _____.

руководствуясь [ст. ст. 9, 10](#) Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", даю согласие
медико-санитарной части АО «ПО»УОМЗ» г.Екатеринбург; ул.Восточная 33Б
(наименование и адрес медицинской организации)

(далее – МСЧ) специалисту МСЧ, осуществляющему обработку персональных данных в целях оказания мне медицинских услуг на обработку моих персональных данных, в том числе и с использованием средств автоматизации, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, извлечение, использование, и передачу (ФФОМС, ТФОМС, СК, МЗ СО, другие МУ и другие организации, требующие передачи данных, в целях оказания медицинских услуг), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Данное согласие действует в отношении следующих персональных данных:

фамилия, имя, отчество (при наличии),

пол,

дата рождения,

адрес места жительства и регистрации,

телефон,

адрес электронной почты,

место работы и должность

данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность),

данные полиса ОМС, ДМС,

СНИЛС (страховой номер индивидуального лицевого счета),

случаи обращения за медицинской помощью, сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие на основании личного письменного заявления, В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных МСЧ обязана прекратить их обработку. Персональные данные предоставленные ранее сохраняются.

Данное согласие вступает в силу со дня его подписания и действует бессрочно или до момента отзыва.

_____/ _____ " _____ " _____ г.
(подпись, Ф.И.О.)

" _____ " _____ г.

Специалист МСЧ: _____ (должность)

(подпись) (Ф.И.О.)

Согласие на обработку персональных данных сотрудников АО «ПО «УОМЗ» , обратившихся в МСЧ

(для субъекта персональных данных)

г. Екатеринбург

«__» _____ 20__ г.

Я (далее – Субъект персональных данных), _____

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных полностью)

зарегистрированный по адресу: _____

«__» _____ 20__ г.,

(серия и номер основного документа, удостоверяющего личность) (дата выдачи указанного документа)

выданный _____

_____, код подразделения _____,

(сведения о выдавшем его органе)

в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие акционерному обществу АО «ПО «УОМЗ» (далее – Оператор), зарегистрированному по адресу: 620100, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Восточная, д. 336, ИНН 6672315362, КПП 668501001, ОГРН 1106672007738, на обработку своих персональных данных:

- фамилия, имя, отчество;
- пол;
- паспортные данные;
- контактный телефон;
- дата рождения (число, месяц, год);
- данные и содержание трудового договора: должность, подразделение;
- вредные факторы, с которыми сотрудник работает на производстве;
- даты предыдущих медицинских осмотров;
- данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью;
- имя пользователя корпоративной сети;
- адрес электронной почты.

Оператор осуществляет обработку вышеперечисленных персональных данных с целью ведения электронного медицинского документооборота, установления медицинского диагноза и оказания медицинских и медико-профилактических услуг.

Субъект персональных данных предоставляет право Оператору осуществлять с использованием средств автоматизации или без использования таких средств следующие действия с персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение.

Настоящее согласие дано Субъектом до отзыва настоящего согласия, или до истечения срока действия трудового договора с Оператором, или до достижения целей обработки, или до прекращения деятельности Оператора. Настоящее согласие может быть отозвано путем направления письменного заявления Оператору по адресу, указанному в начале данного Согласия. В случае отзыва настоящего согласия, Оператор вправе не прекращать обработку персональных данных субъекта до истечения сроков, установленных законодательством Российской Федерации.

Субъект персональных данных

«__» _____ 20__ г.

подпись

Фамилия И.О.

Документ подписан электронной цифровой подписью

