***Приложение № 3***

**Журнал учета работы помещения для ознакомления с медицинской документацией**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией** | **время выдачи медицинской документации на руки пациенту либо его законному представителю и ее возврата** | **фамилия, имя, отчество** **(при наличии) пациента либо его законного представителя, получившего на руки медицинскую документацию** | **реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента либо его законного представителя *(сведения заполняются на основании документа, удостоверяющего личность пациента либо его законного представителя);*** | **реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента** ***(сведения заполняются на основании документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента);*** | **фамилия, имя, отчество** **(при наличии) лечащего врача или другого медицинского работника, принимающего непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении пациента** | **вид выданной на руки пациенту либо его законному представителю медицинской документации** | **личная подпись пациента либо его законного представителя об ознакомлении с медицинской документацией** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |