



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

06 декабря 2019 года № 856
г. Калининград

О внесении изменений в приказ от 29.12.2018 № 791

В соответствии с частью 2 статьи 89 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и приказом Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 года № 1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности», подпунктом 64 пункта 9 положения о Министерстве здравоохранения Калининградской области, утвержденного постановлением Правительства Калининградской области от 11 мая 2010 года № 311, **п р и к а з ы в а ю:**

1. Внести в приказ от 29.12.2018 № 791 «Об организации проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях государственной системы здравоохранения, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Калининградской области следующие изменения дополнительно:

1) приложение № 4 изложить в следующей редакции:

«ФОРМА АКТА № _____

внеплановой целевой/комплексной, документарной/выездной проверки по осуществлению ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности

г. Калининград
(место составления акта)

« _____ » _____ 20__ г.
(дата составления акта)

_____ г.
(время составления акта)

по адресу: 236008, г. Калининград, Московский пр., 95, к. 327.

(место проведения проверки)

На основании: приказа министра здравоохранения Калининградской области от « »
20 г. № Пвк о проведении внеплановой, документарной/выездной, целевой проверки медицинской
 организации

(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата), фамилии, имени, отчества, должность руководителя, заместителя руководителя органа
 исполнительной власти, издавшего распоряжение или приказ о проведении проверки)

была проведена проверка обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности

(указывается цель проверки)

в отношении: государственного бюджетного (автономного) учреждения здравоохранения _____

(полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование медицинской организации)

Дата проведения проверки с " " _____ 20 г.
 по " " _____ 20 г.

Продолжительность проверки: _____ час.

Акт составлен: Министерством здравоохранения Калининградской области
 (наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)

С копией приказа о проведении проверки ознакомлен: (заполняется при проведении выездной проверки)

(ФИО, подпись, дата, время)

Лицо(а), проводившие проверку: _____

(ФИО, должность должностного лица (должностных лиц), проводившего(их) проверку; в случае привлечения к участию к проверке экспертов,
 экспертных организаций указывается (фамилии, имена, отчества, должности экспертов и/или наименование экспертных организаций)

При проведении проверки присутствовали _____

(ФИО, должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя медицинской организации,
 присутствовавших при проведении мероприятий по проверке)

В ходе проведения проверки установлено:

(с указанием характера нарушений; лиц, допустивших нарушения)

выявлены факты невыполнения предписаний органов государственного контроля (надзора): _____

(с указанием положений (нормативных) правовых актов)

Исследованы документы: _____

Подписи лиц, проводивших проверку:

_____	_____
(Должность, ФИО)	(подпись)
_____	_____
(Должность, ФИО)	(подпись)

С актом проверки ознакомлен(а), копию акта со всеми приложениями получил(а):

 (ФИО, должность руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя медицинской организации)

«__» _____ 201__ г.

 (подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:

 (подпись уполномоченного лица (лиц), проводивших проверку)»).

5) в приложении № 6 первый абзац запроса изложить в следующей редакции:

В связи с (указывается основание истребования медицинской документации) уведомляем Вас о том, что Министерством здравоохранения Калининградской области запланировано проведение внеплановой документарной целевой проверки с «__» __ 20__ г. по «__» _____ 20__ г. (продолжительностью 20 рабочих дней) в рамках ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности при осуществлении медицинской помощи гр. _____ в отношении _____

 (наименование медицинской организации)

2. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Министр



А.Ю. Кравченко