

Запрос о предоставлении медицинской документации для ознакомления

Фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента	
Фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя пациента либо лица, указанного в пункте 2 Порядка	
Место жительства (пребывания) пациента	
Реквизиты документа, удостоверяющего личность лица, направившего запрос (номер и серия (при наличии), дата выдачи, наименование выдавшего органа)	
Реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента (номер и серия (при наличии), дата выдачи, наименование выдавшего органа)	
Период оказания пациенту медицинской помощи, за который пациент, его законный представитель, либо лицо, указанное в пункте 2 Порядка, желает ознакомиться с медицинской документацией	
Почтовый (электронный) адрес для направления письменного ответа	
Номер контактного телефона (при наличии)	
Основание для ознакомления с медицинской документацией непосредственно в структурном подразделении (заполняется и заверяется заведующим структурным подразделением)	
Дата	
Подпись пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 2 Порядка	

Результат рассмотрения запроса (виза руководителя) _____

