

Запрос о предоставлении медицинской документации для ознакомления

Главному врачу

(Ф. И. О. Потребителя медицинских услуг)

(Ф. И. О. законного представителя Потребителя медицинских услуг)* Ф. И. О. супруга(и), сына, дочери, матери, отца, усыновленного(ой), усыновителя, родного брата и родной сестры, внука, внучки, дедушки, бабушки либо иного лица, указанного пациентом или его законным представителем в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство**:

Место жительства (пребывания) Потребителя медицинских услуг:

Реквизиты документа, удостоверяющего личность заявителя (номер и серия, дата выдачи, наименование выдавшего органа)*:

Период оказания пациенту медицинской помощи, за который заявитель желает ознакомиться с медицинской документацией:

Номер контактного телефона (при наличии):

Почтовый (электронный) адрес для направления письменного ответа:

* заполняется при подаче запроса законным представителем

** заполняется при подаче запроса указанными лицами (к запросу необходимо приложить документы, подтверждающие соответствующий статус)

«_» _____ 20__ г.

(ФИО подпись)