

Главному врачу

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
от: \_\_\_\_\_  
(ФИО заявителя),  
законного представителя \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
адрес: \_\_\_\_\_  
телефон: \_\_\_\_\_

### ПИСЬМЕННЫЙ ЗАПРОС

о предоставлении копий медицинских документов и выписок из них и иных документов

Прошу Вас предоставить копию медицинской документации стационарного (амбулаторного) больного (необходимое подчеркнуть):

1 Фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента \_\_\_\_\_

2 Фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя пациента \_\_\_\_\_

3 Место жительства (пребывания) пациента \_\_\_\_\_

4 Реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента \_\_\_\_\_

5 Реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента (при наличии) \_\_\_\_\_

6 Период оказания пациенту медицинской помощи в медицинской организации, за который пациент либо его законный представитель желает получить копию документации или иной документ (с указанием периода пребывания или обращения пациента)

7 Почтовый адрес для направления письменного ответа \_\_\_\_\_

8 Номер контактного телефона (при наличии) \_\_\_\_\_

Подписанием настоящего запроса, в целях его исполнения, подтверждаю свое согласие на обработку своих персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ “О персональных данных”, указанных в настоящем запросе и его приложениях.

Ответ на данный запрос прошу (нужное подчеркнуть):

направить почтой/по электронной почте: \_\_\_\_\_

выдать на руки

в установленный законодательством Российской Федерации срок.

Подпись \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_