ООО «Ситидок-Урал»

**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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_