

Приложение
к Положению ознакомления пациентов либо его представителя
с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента

В _____

от _____

адрес: _____

телефон: _____

адрес электронной почты: _____

Запрос
о предоставлении медицинской документации для ознакомления

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью),

документ, удостоверяющий личность: _____

(наименование, серия, номер, дата выдачи, выдавший орган),

адрес регистрации по месту жительства (пребывания) (заполняется в случае подачи запроса пациентом лично): _____

являющийся (выбрать нужное)

пациентом

законным представителем пациента, действующим на основании _____

(наименование и реквизиты документа, подтверждающего статус законного представителя пациента)

лицом, указанным в п. 2.2. Положения, а именно _____

что подтверждается _____

(наименование и реквизиты документа, подтверждающего статус лица (при необходимости))

представителем пациента, действующим на основании доверенности от "___" _____
N _____,

в соответствии с ч. 4 ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Порядком ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента, утвержденным Приказом Минздрава России от 12.11.2021 N 1050н, Положение о порядке ознакомления пациента либо его представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента, прошу предоставить для ознакомления (выбрать нужное):

медицинскую документацию за следующий период оказания мне медицинских услуг:

с «___» _____ г. по «___» _____ г.

медицинскую документацию в отношении пациента (заполняется в случае подачи запроса лицом, не являющимся пациентом): _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента полностью), адрес регистрации по месту жительства (пребывания): _____, за следующий период оказания ему медицинских услуг:

с «___» _____ г. по «___» _____ г.

«___» _____ г.

(подпись) / _____ (Ф.И.О.)