

Главному врачу ГУ «РВФД»

В.Е. Ломову

от _____

(фамилия, имя, отчество [при наличии])

лица, направляющего запрос)

Запрос о предоставлении оригиналов медицинской документации для ознакомления

Прошу предоставить для ознакомления оригиналы медицинской документации, отражающей состояние здоровья пациента и находящейся в ГУ «РВФД»:

1. Фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента*: _____

2. Фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя пациента**:

3. Адрес места жительства (пребывания) пациента*: _____

4. Реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента*: _____

5. Реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента**:

6. Реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента **: _____

7. Период оказания пациенту медицинской помощи в ГУ «РВФД», за который пациент либо его законный представитель желает ознакомиться с медицинской документацией*: с «___» _____ г. по «___» _____ г.
8. Почтовый адрес для направления письменного ответа*: _____

9. Номер контактного телефона (при наличии): _____
10. Дополнительные сведения: _____

В устной форме мне доведена информация о необходимости аккуратного и бережного обращения с предоставленной медицинской документацией .

11. Дата составления запроса*: «___» _____ 20__ г.

12. Подпись лица, составившего запрос*: _____ / _____ /.

Примечание

1. Знаком «*» отмечены поля, обязательные для заполнения;
2. Знаком «**» отмечены поля, обязательные для заполнения в случае составления запроса законным представителем пациента;
3. Реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование документа, серия, номер, когда и кем выдан, срок действия.