

И.о. главного врача Клиники  
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России  
Полинову М.М. \_\_\_\_\_  
(ф.и.о.)

от \_\_\_\_\_  
(ф.и.о. пациента/законного представителя)

документ \_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_

Место жительства (пребывания) \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Почтовый (электронный) адрес  
для направления письменных ответов \_\_\_\_\_

### ЗАПРОС

на **ознакомление** с медицинской документацией/  
**предоставление** медицинских документов (их копий) и выписок из них  
(**нужное подчеркнуть**)

Ф.И.О. пациента, на которого запрашиваются медицинские документы, дата рождения

\_\_\_\_\_

Наименование запрашиваемых медицинских документов (их копий) или выписок из них

\_\_\_\_\_

Наименование отделения, в котором находился пациент \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Период, за который запрашиваются медицинские документы \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Сведения о способе получения запрашиваемых медицинских документов \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Я, нижеподписавшийся(аяся) проинформирован(а), что мне, запрашиваемые медицинские документы при получении лично, будут предоставлены только при предъявлении документа удостоверяющие мою личность.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Дата подачи запроса

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Ф.И.О

Запрашиваемые мной медицинские документы мне предоставлены.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Дата получения

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Ф.И.О