

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