

- 1) Начальнику
ФГБУЗ ЦМСЧ № 15 ФМБА России
Е.В. Дронову
- 2) Заведующему стационарным
подразделением/дневным стационаром

(название подразделения, ФИО заведующего)

ЗАПРОС
на ознакомление с медицинской документацией, в соответствии
с утвержденным Порядком (приказ МЗРФ от 12.11.2021г. № 1050н)

Пациент _____
(фамилия, имя и отчество (при наличии) - полностью)

Либо законный представитель пациента, либо лица: супруг (супруга), дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушки, бабушки либо иные лица, указанные пациентом или его законным представителем в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство _____

(нужное подчеркнуть, указать фамилию, имя и отчество (при наличии) - полностью)

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 (при наличии) законного представителя пациента (номер и серия (при наличии), дата выдачи, наименование выдавшего органа) _____

Период оказания пациенту медицинской помощи в ФГБУЗ ЦМСЧ № 15 ФМБА России, за который желают ознакомиться с медицинской документацией _____

Почтовый (электронный) адрес для направления письменного ответа _____

Номер контактного телефона (при наличии) _____

Подпись лица, запрашивающего медицинскую документацию _____

Дата запроса _____