

от\* \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество [при наличии]  
лица, направляющего запрос)

## Запрос о предоставлении медицинских документов (их копий) и выписок из них

Прошу предоставить медицинские документы\* (указать наименование документа, который необходим пациенту):

за период\*: \_\_\_\_\_  
(Указывается период, за который пациент (его законный представитель) намерен получить медицинские документы (их копии) или выписки из них)

Фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента\*:

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

Адрес места жительства (пребывания) пациента\*:

Реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента\*:

Реквизиты документа, удостоверяющего личность (подтверждающего полномочия) законного представителя пациента\*\*:

Сведения о способе получения пациентом (либо его законным представителем) запрашиваемых медицинских документов\*:

(Указать, предпочитаемый способ получения документов: лично в клинике/ по эл.почте/ по вацап/ по почте. При получении ответа по почте пациентом (его законным представителем) в обязательном порядке указывается почтовый адрес для направления письменного ответа)

Почтовый адрес\*:

Номер контактного телефона\* (при наличии):

Адрес электронной почты пациента (законного представителя пациента):

Дополнительные сведения:

Дата составления запроса\*: « \_\_\_\_\_ » 20\_\_ г.

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.