

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):

_____ стёкла и блоки _____

за период*: с _____ 2024 г. по: _____ 2024 г. _____

(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*:

Паспорт серия:

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

Сведения о способе получения пациентом (либо его законным представителем)
запрашиваемых медицинских документов*: _____ лично в клинике _____

(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*: « _____ » _____ 2024 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.