

ФОРМА

От _____
(фамилия, имя, отчество пациента/законного представителя пациента)*

_____ (место жительства или пребывания пациента/законного представителя)*

_____ почтовый адрес для направления письменных ответов*

_____ реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента/законного представителя пациента*

_____ (наименование, серия, номер, когда и кем выдан)

_____ (контактный телефон)*

ЗАПРОС
о предоставлении медицинских документов,
отражающих состояние здоровья пациента

Прошу выдать медицинские документы:

☐ медицинскую карту (копию) за период с «__» _____ 20__ по _____

☐ справку о _____

_____ указать вид справки, сведения, содержащиеся в справке

☐ медицинское заключение _____

указать вид медицинского заключения

☐ иные документы: _____

наименования медицинских документов (их копий) или выписок из них, отражающих состояние здоровья пациента, которые пациент либо его законный представитель намерен получить, и период, за который он намерен их получить

Способ получения пациентом (его законным представителем) запрашиваемых медицинских документов (их копий) или выписок из них, а также справок и медицинских заключений:

☐ лично

☐ почтой России по адресу: _____

Подпись пациента либо его законного представителя _____ / _____ / _____
(подпись) ФИО (дата)

Данный раздел заполняет сотрудник ООО «МЦСМ «Евромед»:

1. Запрос поступил (нужное отметить): ☐ нарочно, ☐ почтой России, ☐ на официальную эл. почту, без идентификации, иным способом _____ (указать способ).

2. Пациентом, представлены оригиналы перечисленных в запросе документов (нужно отметить):

☐ документ, удостоверяющий личность, ☐ документ, подтверждающий статус представителя/законного представителя _____

(наименование и реквизиты представленного документа)

☐ пациент, не предъявил документы, перечисленные в запросе.

Запрос принял сотрудник _____ / _____ / _____ / вн. тел. _____
(ФИО) (подпись) (дата)

* обязательные графы к заполнению