



Кому:

ФИО пациента, его законного представителя:

Место жительства (пребывания) фактическое:

Паспортные данные:

Почтовый адрес для направления ответа:

Номер контактного телефона:

ЗАПРОС

НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОЗНАКОМИТЬСЯ С МЕДИЦИНСКОЙ КАРТОЙ/ПОЛУЧИТЬ КОПИЮ, ВЫПИСКУ

Прошу предоставить возможность ознакомления с медицинской картой на территории
медицинской организации либо путем выдачи заверенной главным врачом копии/выписки из
медицинской карты за период _____
в целях _____

Согласно условиям договора прошу предоставить копию медицинской карты в течение 30
дней с даты подачи запроса.

Способо получения копии/выписки: _____
(лично, заказным письмом по указанному адресу)

(Подпись)

(Расшифровка пациента)

Дата составления запроса: _____