Резолюция главного врача:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Главному врачу ООО «Асклепий-Н»

В.А. Пинчук

692905, г. Находка, ул. Комсомольская, 40

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(Ф.И.О. гражданина)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(адрес места жительства)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(контактная информация: тел., e-mail)

ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДСТАВИТЕЛЕ ГРАЖДАНИНА
(пациента), в том числе законном представителе: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(Ф.И.О. представителя гражданина (пациента))
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(№ паспорта, документ, подтверждающий полномочия представителя)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о выдаче медицинских документов**

Прошу Вас на основании статьи 22 Федерального закона РФ №323 от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан РФ» выдать мне копии медицинских документов:

* Справку о посещении врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Выписку из амбулаторной карты больного;
* Копию амбулаторной карты;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(иное)

касающиеся состояния моего здоровья, за период с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г., а также ознакомить меня с их оригиналами.

Указанные документы прошу:

* направить почтой на указанный мной адрес;
* выдать лично (нарочно), уведомив меня о готовности медицинских документов по телефону.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (фамилия, имя, отчество) |

|  |
| --- |
| Входящий номер \_\_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Заявление принял\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 |