

ДЛЯ ВЗРОСЛОГО КОНТИНГЕНТА

Рег. №

ФГБУ «Поликлиника № 4»
г. Москва, Кутузовский проспект, д. 20

От гр. _____

Адрес места жительства (пребывания): _____

Паспорт серия _____ № _____ выдан _____

(указать дату выдачи и кем выдан паспорт)

ЗАПРОС

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

Прошу выдать мне _____

(Указывается наименование медицинского документа, отражающего состояние здоровья пациента, копию которого или выписку из которого пациент намерен получить)

за период: _____

(Указывается период, за который пациент намерен получить копию медицинского документа или выписку из него)

Данные медицинской карты: № _____

Вышеуказанные документы буду получать лично в поликлинике/ прошу направить мне по почте по адресу: _____

(Нужное подчеркнуть. При получении ответа по почте пациент обязательно указывает почтовый адрес с индексом для направления письменного ответа.)

Информацию о готовности медицинских документов (их копий) и выписок из них прошу сообщить мне:

- по моему контактному номеру телефона: _____

(Заполняется по желанию)

- по моему адресу электронной почты: _____

(Заполняется по желанию)

« _____ » _____ 20__ г.

(Дата запроса)

_____ / _____ / _____

(Подпись, ФИО пациента/его законного представителя)

ЗАПРОС ПРИНЯТ: в _____ час. _____ мин. _____ (_____)

(Подпись) (Ф.И.О. работника регистратуры)

ДЛЯ ДЕТСКОГО КОНТИНГЕНТА

Рег. №

ФГБУ «Поликлиника № 4»
г. Москва, Кутузовский проспект, д. 20

От гр.* _____

Адрес места жительства (пребывания): _____

Паспорт серия _____ № _____ выдан _____

(указать дату выдачи и кем выдан)

*В случае обращения от имени пациента его законного представителя, вышеуказанные сведения заполняются также о законном представителе пациента. Также законный представитель предоставляет в ФГБУ «Поликлиника № 4» документ, подтверждающий его статус и полномочия на представление интересов пациента.

**ЗАПРОС
о предоставлении медицинских документов (их копий) и выписок из них**

Прошу выдать мне _____

(Указывается наименование медицинского документа, отражающего состояние здоровья пациента, копию которого или выписку из которого пациент (его законный представитель) намерен получить)

в отношении: _____

(Указываются фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента, адрес его места жительства - в отношении лица, законным представителем которого является заявитель)

за период: _____

(Указывается период, за который пациент (его законный представитель) намерен получить копию медицинского документа или выписку из него)

Данные медицинской карты: № _____

Вышеуказанные документы буду получать лично в поликлинике/ прошу направить мне по почте по адресу: _____

(Нужное подчеркнуть. При получении ответа по почте пациент в обязательном порядке указывает почтовый адрес для направления письменного ответа.)

Информацию о готовности медицинских документов (их копий) и выписок из них прошу сообщить мне:

- по моему контактному номеру телефона: _____

(Заполняется по желанию)

- по моему адресу электронной почты: _____

(Заполняется по желанию)

« _____ » _____ 20 ____ г.

(Дата запроса)

_____ / _____ /

(Подпись, ФИО пациента/его законного представителя)

ЗАПРОС ПРИНЯТ: в _____ час. _____ мин. _____ (_____)

(Подпись)

(Ф.И.О. работника регистратуры)