

ФГБУ «Поликлиника № 4»  
121151, г. Москва, Кутузовский проспект, д. 20

От гр.\* \_\_\_\_\_

Проживающего(ей) по адресу: \_\_\_\_\_

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** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Указываются наименования медицинских документов (их копий) или выписок из них, отражающих состояние здоровья пациента, которые пациент (его законный представитель) намерен получить)

**за период:** \_\_\_\_\_  
(Указывается период, за который пациент (его законный представитель) намерен получить медицинские документы (их копии) или выписки из них)

**Данные медицинской карты: №** \_\_\_\_\_  
(Указываются при наличии информации)

**Вышеуказанные документы буду получать лично в поликлинике/ прошу направить мне по почте по адресу:** \_\_\_\_\_  
(Нужное подчеркнуть. При получении ответа по почте пациентом (его законным представителем) в обязательном порядке указывается почтовый адрес для направления письменного ответа)

**Контактный телефон пациента (законного представителя пациента):** \_\_\_\_\_  
(Заполняется по желанию)

**Адрес электронной почты пациента (законного представителя пациента):** \_\_\_\_\_  
(Заполняется по желанию)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(Дата запроса)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Подпись, ФИО пациента/его законного представителя)

---