

Руководителю ООО МДЦ «Доктор ТАФИ»

ОГРН 1142536005259

от _____

(Ф.И.О. заявителя полностью)

Паспорт: серия _____ № _____,

выдан _____

«__» _____ г.

Адрес регистрации/проживания: _____

Телефон: _____

E-mail: _____

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ
(КОПИЙ, ВЫПИСОК, СПРАВОК И МЕДИЦИНСКИХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ)**

На основании ст. 22 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Приказа Минздрава РФ № 789н и Приказа Минздрава РФ № 286н, а также Постановления Правительства РФ № 659, прошу предоставить мне в отношении: (

поставьте отметку в нужном поле)

☐ Меня лично (я являюсь Пациентом)

☐ Моего несовершеннолетнего ребенка / подопечного (я являюсь Законным представителем):

Ф.И.О. пациента: _____

Дата рождения пациента: «__» _____ г.

Документ, подтверждающий представительство: _____

следующие документы (выберите нужное):

☐ Копии результатов лабораторных исследований (анализов)

☐ Копии результатов инструментальной диагностики (КТ, МРТ, УЗИ, рентген, ЭКГ)

☐ Копии записей / протоколов приемов врачей-специалистов

☐ Заверенную копию Медицинской карты пациента (учетная форма № 025/у)

☐ Выписку из медицинской документации

☐ Медицинское заключение / Справку установленного образца

За указанный период оказания медицинских услуг: с «__» _____ 202__ г. по «__» _____ 202__ г. (либо за весь период обслуживания).

Документы необходимы мне для (укажите по желанию):

Форма предоставления документов (выберите один вариант):

- ☐ На бумажном носителе (лично в руки при предъявлении паспорта)
- ☐ В форме электронного документа, подписанного УКЭП медицинского работника
- ☐ Направление на указанный выше адрес электронной почты (E-mail)

Мне известно, что согласно Приказу Минздрава РФ № 789н, срок предоставления копий и выписок из медицинской документации не может превышать 30 дней с момента регистрации настоящего заявления.

Для документов/справок, формируемых в день обращения, действуют ускоренные сроки, предусмотренные локальными актами организации.

«__» _____ 202__ г. _____ / _____
(Дата) (Подпись) (Расшифровка подписи)

(Заполняется сотрудником клиники) Заявление принято и зарегистрировано в журнале входящей корреспонденции: № _____ от «__» _____ 202__ г.

Сотрудник: _____ / _____
(Должность, Ф.И.О., Подпись)