

Главному врачу Клиники
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Полинову М.М.

от _____
(ф.и.о. пациента/законного
представителя)

Документ _____
серия номер _____
дата выдачи _____
Место жительства (пребывания) _____

Контактный телефон _____
Почтовый (электронный) адрес для
направления письменных ответов _____

ЗАПРОС

на **ознакомление** с медицинской документацией/
предоставление медицинских документов (их копий) и выписок из них
(нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента, на которого запрашиваются медицинские документы, дата
рождения _____

Наименование запрашиваемых медицинских документов (их копий) или выписок
из них _____

Наименование отделения, в котором находился пациент _____

Период, за который запрашиваются медицинские документы _____
Сведения о способе получения запрашиваемых медицинских документов _____

Я, нижеподписавшийся (аяся) проинформирован (а), что мне, запрашиваемые
медицинские документы при получении лично, будут предоставлены только при
предъявлении документа удостоверяющие мою личность.

« _____ » 20__ г.

Дата подачи запроса

Подпись

Ф.И.О

Запрашиваемые мной медицинские документы мне предоставлены.

« ____ » 20__ г.

Дата получения

Подпись

Ф.И.О