

Главному врачу
ГБУ РО «Городская поликлиника
№ 1» в г. Шахты
Васильковой С.В.
Ф.И.О. _____

Дата рождения _____
Паспортные данные _____

Проживающего по адресу: _____

Телефон _____

Заявление на ознакомлением с оригиналом
медицинской документации

Прошу предоставить возможность ознакомления с оригиналом медицинской
документации _____

(Ф.И.О, год рождения пациента)

в связи с _____, за период с « _ » _ 202_ г. по « _ » _
202_ г. (период оказания медицинской помощи, за который пациент (его законный
представитель) желает ознакомиться с медицинской документацией).

Перечень прилагаемых документов:

- копия паспорта пациента (первая страница, регистрация);
- копия документов, подтверждающих законное представительство или
доверенность на получение оригинала медицинской документации (при получении
через представителя)

_____/_____
Ф.И.О пациента (законного представителя, представителя) подпись

Обязуюсь с предоставленной для ознакомления медицинской документацией
обращаться аккуратно и бережно.

_____/_____
Ф.И.О пациента (законного представителя, представителя) подпись

« _ » _ 202_ г.

Заявление зарегистрировано « _ » _ 202_ г.

_____/_____/Ф.И.О подпись

Оригинал медицинской документации для ознакомления:

Выдал _____/_____/_____
Ф.И.О подпись « _ » _ 202_ г.

Получил _____/_____/_____
Ф.И.О подпись