

Директору
ООО «Стоматологии Улыбка Тари»
Василинич О.П.

от _____
(Ф.И.О. пациента/ законного представителя)

(реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента)

(реквизиты документа-паспорта, удостоверяющего личность законного представителя)

(адрес места жительства)

Контактный телефон: _____

(адрес электронной почты)

ЗАПРОС

пациента (его законного представителя) в медицинскую организацию о предоставлении копии медицинского документа/выписки из медицинской документации / о предоставлении медицинской документации для ознакомления.

На основании ч.5 ст.22 ФЗ-323- от 21.11.1011г. "Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и приказа МЗ №1050н от 12.11.2021г. «Порядок ознакомления пациента или его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента», прошу предоставить:

Ксерокопию медицинской карты амбулаторного больного

(Ф.И.О. пациента)

за период с «_____» _____ 20__ г. по «_____» _____ 202__ г.

Выписку из медицинской карты амбулаторного больного

(Ф.И.О. пациента)

за период с «_____» _____ 20__ г. по «_____» _____ 202__ г.

Ознакомиться с медицинской документацией пациента

(Ф.И.О. пациента)

- 1.Выписка по Вашему личному заявлению оформляется в течение 3 рабочих дней.*
- 2.Ксерокопия по Вашему личному заявлению оформляется в течение 10 рабочих дней.*
- 3.Предоставление возможности для ознакомления с медицинской документацией не должен превышать 10 рабочих дней со дня поступления письменного запроса в ООО «Стоматологию Улыбка Тари».*

Подпись: _____ / _____
(расшифровка)

Дата: «_____» _____ 202__ г