

ЗАПРОС О ВЫДАЧЕ КОПИЙ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ ИЛИ ВЫПИСКИ ИЗ НИХ

От пациента ООО «Областной центр флебологии»

Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____

Паспорт: серия _____ № _____

Кем и когда

выдан: _____

Адрес места регистрации(места пребывания) _____

Номер контактного телефона _____ e-mail: _____

Сведения о законном представителе (заполняется в случае направления запроса не лично пациентом)

Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____

Паспорт серии _____ № _____

Кем и когда

выдан: _____

Адрес места регистрации (места пребывания): _____

Номер контактного телефона _____ email: _____

Прошу выдать:

Наименование медицинских документов: копия амбулаторной карты, копия карты стационарного больного, выписка из них (указать нужное)

За период с _____ по _____

Сведения о способе получения запрашиваемых медицинских документов:

На бумажном носителе лично, на бумажном носителе по почте, в форме электронных документов в личный кабинет на Едином портале государственных или муниципальных услуг с использованием ЕГИСЗ (нужное вписать) _____

Почтовый адрес для направления письменных ответов с указанием индекса: _____

Дата подачи запроса _____

Подпись пациента (законного представителя) _____