

Главному врачу ООО «Доктор Здоровье»
Т.А. Гридиной

от _____

(Почтовый адрес или электронный для направления письменного ответа)

Ваш контактный телефон:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Домашний или сотовый)

**Запрос о предоставлении медицинской документации
(выписки из медицинской документации) пациенту
(законному представителю, представителю по доверенности)**

Разработана на основании требований приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2021 г. № 1050н "Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента"

Прошу предоставить копию медицинской документации / выписку из медицинской
(нужное подчеркнуть)

документации в отношении пациента _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента)

ООО «Доктор Здоровье», клиника Dr Sante расположенной по адресу г. Красноярск
ул.Живописная 1.5, Пом 44.1.

Сведения о пациенте:

фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента

реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента

адрес места жительства (места пребывания) пациента

почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений

номер контактного телефона пациента

адрес электронной почты пациента (при наличии)

наименование медицинской документации, отражающей состояние здоровья пациента,
(выписки) которых пациент (законный представитель, представитель по доверенности) намерен получить

Прошу предоставить мне возможность ознакомления с оригиналами медицинской
документации, отражающей состояние здоровья пациента за период оказания ему
медицинской помощи в ООО «Доктор Здоровье»

: с . . по . .
(день) (месяц) (год) (день)(месяц) (год)

Заполнение обратной стороны

В случае обращения от имени пациента его законного представителя

Сведения о законном представителе (родителе, усыновителе, попечителе):

фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя

реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя

адрес места жительства (места пребывания) законного представителя

почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений

номер контактного телефона законного представителя

адрес электронной почты законного представителя (при наличии)

В случае обращения от имени пациента представителя по доверенности

Сведения о представителе по доверенности:

фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя по доверенности

реквизиты документа, удостоверяющего личность представителя по доверенности

адрес места жительства (места пребывания) представителя по доверенности

почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений

номер контактного телефона представителя по доверенности

адрес электронной почты представителя по доверенности (при наличии)

реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя по доверенности

Мне понятно, что при направлении запроса о предоставлении медицинских документов, к том числе копий, выписок из медицинских документов по почте (электронной почте) от пациента либо от имени пациента его законным представителем, представителем по доверенности – пациент, законный представитель, представитель по доверенности, самостоятельно несут риски соблюдения, не разглашения конфиденциальной информации о пациенте (врачебная тайна, персональные данные). Данные лица несут ответственность за подлинность подписи (личной либо законного представителя, представителя по доверенности) на данном запросе, за подлинность запроса, соответствие его интересам и требованиям пациента, соответствие полномочиям представителя.

Мне понятно, что в целях минимизации рисков незаконного разглашения сведений о врачебной тайне, персональных данных пациента целесообразно представлять запрос о предоставлении копий медицинских документов, выписок из медицинских документов при личном обращении в ООО «Доктор Здоровье», получение копий медицинских документов, выписок из медицинских документов целесообразно осуществлять лично в Ф ООО «Доктор Здоровье»

Дата подачи запроса «___» _____ 20__ г.

Подпись пациента _____
(законного представителя, представителя по доверенности).