

Директору РДКБ – филиала
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава Росси
Е.Е. Петрайкиной

ФИО пациента

в лице законного представителя (ФИО законного представителя)

место жительства/пребывания (пациента/законного представителя)

паспорт: серия, номер (пациента/законного представителя)

реквизиты документа, подтверждающие полномочия законного
представителя

контактный номер телефона

почтовый индекс и адрес для направления ответа
(уважаемые заявители, обращаем ваше внимание, что ответ на заявление и приложенные документы
будут направлены по указанному выше адресу, просьба заполнять разборчиво)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении медицинской документации для ознакомления
в РДКБ – филиале ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (РДКБ)

В период с « ____ » _____ г. по « ____ » _____ г.

(Ф.И.О. пациента, дата и год рождения)

Являлся пациентом _____
(отделение)

в связи с _____
(вид медицинского вмешательства)

Согласно п. 4 ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов. Порядок ознакомления с медицинской документацией пациента устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

На основании вышеизложенного и руководствуясь ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», прошу предоставить для ознакомления медицинские документы (надлежащим образом заверенную копию медицинских документов, сформированных в электронном виде)

(Ф.И.О. пациента, дата и год рождения)

Копии документов, удостоверяющих личность (паспорт, свидетельство о рождении, и т.д.) прилагаю.

« ____ » _____ г. _____ / _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Для заполнения руководителем структурного подразделения, в котором пациент получает медицинскую помощь в стационарных условиях/условиях дневного стационара.

Наличие оснований для ознакомления с медицинской документацией непосредственно в структурном подразделении _____
удостоверяю. Заведующий отделением _____ / _____
(подпись) (Ф.И.О.)