**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**на предоставление копий медицинских документов**

Прошу Вас на основании части 5 статьи 22 Федерального закона РФ №323 от 21 ноября 2011 г. «Об основах здоровья граждан РФ» выдать мне:

Фамилия, имя, отчество (если имеется)

Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выдан «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

Кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

копии медицинских документов:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование документа** | **Дата документа** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Я являюсь:

 Пациентом

 Законным представителем пациента (мать, отец, опекун (нужное подчеркнуть))

 Доверенным лицом пациента

Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента, чьи интересы представляет заявитель

Документ, удостоверяющий законность представительства:

Название документа, дата документа

Мне известно, что согласно с п. 8 Приказа № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них» от 31 июля 2020 г. и ч. 1 ст. 12 Федеральный закон № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан российской федерации» от 02.05.2006 г., документы выдаются в течение 30 дней со дня подачи заявления.

О готовности копий документов прошу сообщить мне:

По телефону: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

По электронной почте: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление принял сотрудник регистратуры: дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**РАСПИСКА**

**(заполняется при получении копий медицинских документов)**

Я

Фамилия, имя, отчество (если имеется)

Копии медицинских документов получил(а), с указанным списком сверил(а)

Замечания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_