

Главному врачу ГБУЗ «ИКБ № 1 ДЗМ»  
С.В. Сметаниной

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество [при наличии])

\_\_\_\_\_  
лица, направляющего запрос)

**Запрос о предоставлении оригиналов медицинской документации для  
ознакомления/выдачи копий и выписки из медицинских документов**

Прошу предоставить для ознакомления оригиналы/выдать копии и выписки – (нужное подчеркнуть) медицинской документации, отражающей состояние здоровья пациента и находящейся в ГБУЗ «ИКБ № 1 ДЗМ»:

1. Фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента\*: \_\_\_\_\_
2. Фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя пациента\*\*\*: \_\_\_\_\_
3. Адрес места жительства (пребывания) пациента\*: \_\_\_\_\_
4. Реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента\*: \_\_\_\_\_
5. Реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента\*\*\*: \_\_\_\_\_
6. Реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента \*\*: \_\_\_\_\_
7. Период оказания пациенту медицинской помощи в ГБУЗ «ИКБ № 1 ДЗМ», за который пациент либо его законный представитель желает ознакомиться с медицинской документацией\*: с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.
8. Почтовый адрес для направления письменного ответа\*: \_\_\_\_\_
9. Номер контактного телефона (при наличии): \_\_\_\_\_
10. Дополнительные сведения: \_\_\_\_\_
11. Дата составления запроса\*: «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.
12. Подпись лица, составившего запрос\*: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /.

**Примечание**

1. Знаком «\*» отмечены поля, обязательные для заполнения;
2. Знаком «\*\*» отмечены поля, обязательные для заполнения в случае составления запроса законным представителем пациента;
3. Реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование документа, серия, номер, когда и кем выдан, срок действия.