

И.о. Главного врача ГБУЗ «ИКБ № 1 ДЗМ»  
Антипят Н.А.

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

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

**ЗАПРОС**  
**о предоставлении медицинских документов (их копий) и выписок из них**

Прошу предоставить медицинские документы (их копии) и/или выписки из них, отражающие состояние здоровья пациента ГБУЗ «ИКБ № 1 ДЗМ»:

1. Фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента\*: \_\_\_\_\_
2. Реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента\* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Адрес места жительства (места пребывания) пациента\* \_\_\_\_\_
4. Фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя пациента\*\*\*: \_\_\_\_\_
5. Реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента\*\*\*: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента \*\*: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Наименование медицинских документов (их копий) или выписок из них отражающих состояние здоровья пациента, которые пациент или его законный представитель намерен получить: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. 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.
9. Почтовый адрес для направления письменного ответа: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Номер контактного телефона, адрес электронной почты (при наличии): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Дополнительные сведения: \_\_\_\_\_
12. Дата составления запроса\*: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.
13. 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.