Главному врачу ООО «Хай-Тек Клиник»

Слободянскому Илье Лоенидовичу

от ___

(ФИО пациента или его законного представителя (при наличии)

желающего получить медицинскую документацию)

Заявление

о выдаче медицинских документов (копий медицинских документов, выписок из медицинских документов), отражающих состояние здоровья пациента после получения платных медицинских услуг

Я, гражданин _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента (его законного представителя), желающего получить медицинские документы)

в соответствии с пунктом 23 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждённых постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736, и положений приказа Минздрава России от 31.07.2020 N 789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них", после окончания исполнения договора оказания платных медицинских услуг, желаю получить

_____

_____

(указывается, что именно намеревается получить пациент или его законный представитель - медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья пациента после получения платных медицинских услуг)

Вышеуказанные документы я хотел бы получить

_____

(указывается, каким именно образом пациент или его законный представитель хотел бы получить медицинскую документацию - по почте, лично или иным образом)

Информация

о пациенте (его законном представителе), желающем получить медицинскую документацию:

1) сведения о пациенте:

а) фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

б) реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента: паспорт_____

_____

в) адрес места жительства (места пребывания) _____

_____

г) почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений и (в случае, если имеется) номер контактного телефона, адрес электронной почты (при наличии)

_____

В случае обращения от имени пациента его законного представителя - сведения о законном представителе:

1) сведения о законном представителе пациента:

а) фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

б) реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента _____

_____

в) адрес места жительства (места пребывания) _____

_____

г) почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений и (в случае, если имеется) номер контактного телефона, адрес электронной почты (при наличии)

_____

3) наименования медицинских документов (их копий) или выписок из них, отражающих состояние здоровья пациента, которые пациент либо его законный представитель намерен получить, и период, за который он намерен их получить_____

_____

4) сведения о способе получения пациентом (его законным представителем) запрашиваемых медицинских документов (их копий) или выписок из них (для получения медицинских документов (их копий) или выписок из них на бумажном носителе - при личном обращении или по почте, для получения медицинских документов и выписок из них в форме электронных документов - посредством направления в личный кабинет пациента (его законного представителя) на Едином портале государственных и муниципальных услуг с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения или посредством информационных систем, указанных в частях 1 и 5 статьи 91 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

5) Иная контактная информация _____

_____

подпись пациента (его законного представителя) написавшего заявление)

(Ф,И.О.пациента (его законного представителя), написавшего заявление)

HI-TECH CLINIC
Стоматологическая клиника

"__"_____г.

(дата написания заявления)

Hi-TECH CLINIC
Стоматологическая клиника

1) сведения о пациенте:
а) фамилия, имя, отчество (при наличии) _____
б) реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента : паспорт_____

_____

в) адрес места жительства (места пребывания) _____

_____

г) почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений и (в случае, если имеется) номер контактного телефона, адрес электронной почты (при наличии) _____

В случае обращения от имени пациента его законного представителя - сведения о законном представителе:
1) сведения о законном представителе пациента:
а) фамилия, имя, отчество (при наличии) _____
б) реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента _____
_____
в) адрес места жительства (места пребывания) _____
_____
г) почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений и (в случае, если имеется) номер контактного телефона, адрес электронной почты (при наличии) _____
6) наименования медицинских документов (их копий) или выписок из них, отражающих состояние здоровья пациента, которые пациент либо его законный представитель намерен получить, и период, за который он намерен их получить_____

7) сведения о способе получения пациентом (его законным представителем) запрашиваемых медицинских документов (их копий) или выписок из них (для получения медицинских документов (их копий) или выписок из них на бумажном носителе - при личном обращении или по почте, для получения медицинских документов и выписок из них в форме электронных документов - посредством направления в личный кабинет пациента (его законного представителя) на Едином портале государственных и муниципальных услуг с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения или посредством информационных систем, указанных в частях 1 и 5 статьи 91 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

8) Иная контактная информация _____

_____
подпись пациента (его законного представителя) написавшего заявление)

(Ф,И.О.пациента (его законного представителя), написавшего заявление)

"__"_____г.
(дата написания заявления)

Hi TECH CLINIC
Стоматологическая клиника