

Главному врачу
БУ «Нижевартовская окружная клиническая детская больница»
Д.С. Третьякову

ФИО пациента, дата рождения

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

электронная почта

почтовый индекс и адрес для направления ответа

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выдаче отражающих состояние здоровья медицинских документов
в БУ «Нижевартовская окружная клиническая детская больница»

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

Период с _____ г. по _____ г.,

Отделение: _____

Согласно п. 5 ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов. Основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

На основании вышеизложенного и руководствуясь ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", прошу выдать надлежащим образом заверенные копии медицинских документов:

для _____

Копии документов, удостоверяющих личность (паспорт, св-во о рождении, и т.д.) прилагаю.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" даю свое согласие БУ «Нижевартовская окружная клиническая детская больница» на обработку моих персональных данных с использованием средств автоматизации, и без использования средств автоматизации, включая их получение в письменной и/или устной форме с целью подготовки запрашиваемых мной медицинских документов.

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ \ _____
(подпись) (ФИО)