

**ЗАПРОС О ВЫДАЧЕ ДЛЯ ОЗНАКОМЛЕНИЯ  
МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ, ОТРАЖАЮЩИХ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА**

От пациента ООО «МедФлеб»

Фамилия, имя, отчество (при наличии): \_\_\_\_\_

Паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Кем и когда

выдан: \_\_\_\_\_

Адрес места регистрации (места пребывания): \_\_\_\_\_

Номер контактного телефона \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Сведения о законном представителе или ином лице (заполняется в случае направления запроса не лично пациентом)

Фамилия, имя, отчество

(при наличии): \_\_\_\_\_

Паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Кем и когда

выдан: \_\_\_\_\_

Адрес места регистрации(места пребывания)

Номер контактного телефона \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

**Прошу выдать:**

**Наименование медицинских документов:** копия амбулаторной карты, копия карты стационарного больного, выписка из них (указать нужное)

За период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

**Сведения о способе получения запрашиваемых медицинских документов:**

На бумажном носителе лично, на бумажном носителе по почте, в форме электронных документов в личный кабинет на Едином портале государственных или муниципальных услуг с использованием ЕГИСЗ (нужное вписать) \_\_\_\_\_

**Почтовый адрес для направления письменных ответов с указанием**

**индекса:** \_\_\_\_\_

Дата подачи запроса: \_\_\_\_\_

Подпись пациента (законного представителя): \_\_\_\_\_