

**Запрос о предоставлении медицинской документации для ознакомления**

Директору ФБУ ЦР ФСС РФ «Тараскуль»

\_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. пациента)

\_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. законного представителя пациента)\*

Ф. И. О. супруга(и), сына, дочери, матери, отца, усыновленного(ой), усыновителя, родного брата и родной сестры, внука, внучки, дедушки, бабушки либо иного лица, указанного пациентом или его законным представителем в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство\*\*:

\_\_\_\_\_  
Место жительства (пребывания) пациента: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Реквизиты документа, удостоверяющего личность заявителя (номер и серия, дата выдачи, наименование выдавшего органа)\*: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Реквизиты документа, подтверждающего полномочия (при наличии) законного представителя пациента (номер и серия (при наличии), дата выдачи, наименование выдавшего органа) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Период оказания пациенту медицинской помощи в медицинской организации, за который пациент, его законный представитель, желает ознакомиться с медицинской документацией: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Номер контактного телефона (при наличии): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Почтовый (электронный) адрес для направления письменного ответа: \_\_\_\_\_

\* заполняется при подаче запроса законным представителем

\*\* заполняется при подаче запроса указанными лицами (к запросу необходимо приложить документы, подтверждающие соответствующий статус)

« . » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(подпись)