

ООО «Стоматологическая поликлиника
«ДАНТИСТ+»

(название медицинской организации)

(Ф.И.О. пациента/законного представителя)

паспорт серии _____ № _____

выдан _____
(кем, когда)

адрес места жительства (места пребывания):

почтовый адрес¹: _____

тел.² _____ e-mail³ _____

Запрос

о предоставлении копий медицинских документов или выписок из них

В соответствии с ч. 5 ст. 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» прошу предоставить (указать необходимое):

- копию медицинской карты стоматологического больного
- ортопедического вкладыша
- копию медицинскую карту ортодонтического пациента
- результаты рентгенологических исследований

за период оказания медицинской помощи:

(указать период оказания медицинской помощи (например, конкретную дату, период времени))

оформленные на _____, _____ г.р.
(Ф.И.О. пациента, дата рождения)

в ООО «Стоматологическая поликлиника «ДАНТИСТ+».

Способ получения: на руки; по почтовому адресу.

Я информирован(а), что электронная почта относится к незащищенным каналам передачи информации и ответственность в случае несанкционированного доступа посторонних лиц к моей электронной почте, если это приведет к утечке информации о состоянии моего здоровья, беру на себя.

(дата)

(подпись)

¹ почтовый адрес указывается для направления письменных ответов и уведомлений

² указывается при наличии телефона

³ указывается при наличии электронной почты