

Директору ООО «Молдинг Бьюти Маск»

Гаррехт Н. И.

от _____
Ф. И. О. пациента

адрес местожительства: _____

паспорт серия №, выдан _____, от _____,
период оказания мед. помощи _____,
почтовый адрес для направления письменного ответа _____

е-mail (если есть) _____,
телефон _____

Заявление

Прошу предоставить возможность ознакомления с медицинской документацией:

медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

медицинская карта стационарного больного;

(нужное подчеркнуть)

Я являюсь _____ (степень родства: супруг (супруга), близкие родственники (дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушки, бабушки) и иные члены семьи либо иные лица, указанные в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство) _____ (фамилия, инициалы пациента).

Даю согласие на обработку моих персональных данных в объеме, необходимом для ознакомления с медицинской документацией. Обязуюсь сохранять конфиденциальность полученных сведений и гарантировать неразглашение информации, являющейся врачебной тайной (ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»),

Прошу сообщить о времени ознакомления и уведомить меня по телефону _____
или через электронную почту _____.

В случае отказа в ознакомлении с медицинской документацией, письменный ответ прошу направлять по адресу, указанному в заявлении.

Приложение (копии):

- документ, подтверждающий близкие/родственные отношения с пациентом (свидетельство о заключении брака, свидетельство о рождении и т.п.)

Дата, подпись

При обращении представителя пациента обязательно приложение к запросу копии документов, удостоверяющих полномочия.

Сведения об ознакомлении пациента, его законного представителя, иного лица

(Супруг (супруга), дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушки, бабушки либо иные лица, указанные пациентом или его законным представителем в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство) с данной медицинской документацией

Дата поступления письменного запроса _____

Дата ознакомления _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ознакомившегося лица

Фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность работника, зафиксировавшего

факт

ознакомления