Генеральному директору

Общества с ограниченной ответственностью «FFF»

Иванову И.И.

|  |  |
| --- | --- |
| от (ФИО |  |
| полностью) |  |
| **Документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина Российской Федерации)** | Серия: |
| Номер: |
| Дата выдачи: |
| Орган, выдавший документ: |
| Адрес места |  |
| жительства |  |
| номер контактного |  |
| телефона |  |
| e-mail |  |

ЗАПРОС

о предоставлении копии медицинской документации

Прошу предоставить мне копию медицинской документации пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО полностью, дата рождения), а именно медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма 025/у), медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях (медицинская карта стационарного больного), со всеми приложениями, отражающими состояние моего здоровья, за период с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_г.

Также прошу предоставить мне все имеющиеся фотографии области оперативного вмешательства до проведения операции и после проведения операции на адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Копию медицинской документации прошу предоставить на бумажном носителе, лично.

О готовности запрашиваемых копий прошу уведомить меня по телефону +78885553322 и на адрес электронной почты [RRRRR@mail.ru](mailto:RRRRR@mail.ru).

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /