

**Форма письменного запроса законного представителя пациента для ознакомления
пациента с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья
пациента в ИП Ковалёва Инна Юрьевна.**

Разработана на основании требований приказа Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 29.06.2016 г. № 425н "Об утверждении Порядка
ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской
документацией, отражающей состояние здоровья пациента.

Я, _____,
являясь законным представителем пациента

Дата рождения пациента « ____ » _____ г.р.

Место жительства (пребывания) пациента _____

Паспорт пациента: серия ____ № _____ выдан « ____ » _____ г.

кем _____ К.П. ____ - _____,

Паспорт законного представителя пациента: серия ____ № _____ выдан

« ____ » _____ г.

кем _____ К.П. ____ - _____,

Реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя
пациента: _____

прошу предоставить мне возможность ознакомления с оригиналами медицинской
документации, отражающей состояние здоровья пациента за период оказания ему
медицинской помощи в ИП Ковалёва Инна Юрьевна в период с ____ . ____ . ____ г.
по ____ . ____ . ____ г.

Почтовый адрес для направления письменного ответа: _____

Номер контактного телефона: _____

Информация для законного представителя пациента:

Рассмотрение письменных запросов на ознакомление с оригиналами медицинской документации осуществляется руководителем медицинской организации. Ознакомление пациента с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента в ИП Ковалёва Инна Юрьевна осуществляется в специально выделенном помещении с графиком работы: каждый понедельник с 18.00 до 20.00. Срок выполнения запроса на ознакомление пациента с медицинской документацией в соответствии с Федеральным законом от 02.05.2006 N 59 составляет 30 дней. Пациенту после получения запроса выдается на руки памятка с предварительной датой и временем посещения помещения для ознакомления с медицинской документацией. После ознакомления с медицинской документацией пациент обязан поставить подпись в журнале об ознакомлении с медицинской документацией.

Дата получения запроса: « ____ » _____ 201__ г.