Директору

ООО «Детский медицинский центр «Забота» Шевченко М.В.

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. пациента)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (законный представитель пациента)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(реквизиты документа, удостоверяющего личность

законного представителя и реквизиты документа, подтверждающего

полномочия законного представителя пациента)

 место жительство пациента:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 почтовый адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Запрос**

**пациента (его законного представителя) в ООО «Детский медицинский центр «Забота»**

**о предоставлении медицинской документации для ознакомления**

Руководствуясь [ч. 4 ст. 22](http://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=422434&date=05.05.2023&dst=101147&field=134) Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и [Порядком](http://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=401342&date=05.05.2023&dst=100011&field=134) ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента, утвержденным Приказом Минздрава России от 12.11.2021 № 1050н, прошу предоставить для ознакомления медицинскую документацию в отношении пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ года рождения, при оказании медицинской помощи в ООО «Детский медицинский центр «Забота» за период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Я проинформирован, что:

- при посещении помещения для ознакомления с медицинской документацией обязан иметь при себе документы, удостоверяющие личность;

- при ознакомлении с медицинской документацией вправе выписывать любые сведения и в любом объеме, снимать копии с медицинской документации, в том числе с помощью технических средств;

- обязан бережно относится к предоставленной для ознакомления медицинской документации, в том числе запрещается делать записи и отметки в медицинской документацией, вырывать и добавлять листы;

- в случае обнаружения вышеуказанных фактов, мои действия будут расценены как порча медицинской документации с последующим обращением в правоохранительные органы.

Пациент (законный представитель):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.