

От Фамилия (представителя) \_\_\_\_\_  
Имя (представителя) \_\_\_\_\_  
Отчество (представителя) (при наличии) \_\_\_\_\_  
Дата рождения (представителя): \_\_\_\_\_  
Паспорт (представителя): серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
Дата выдачи: \_\_\_\_\_  
Кем выдан: \_\_\_\_\_  
Адрес регистрации (представителя): \_\_\_\_\_  
Почтовый адрес для направления ответов: \_\_\_\_\_  
Телефон (*обязательно*) (представителя): \_\_\_\_\_

**Запрос**  
**законного представителя пациента /представителя пациента по доверенности\***  
(нужное подчеркнуть)  
**о предоставлении медицинских документов**

При обращении законного представителя пациента /представителя пациента по доверенности обязательно приложение к запросу копии документов, подтверждающих статус/полномочия представителя.

Прошу выдать заверенную копию или выписку (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_ (наименование медицинских документов)  
\_\_\_\_\_

ФИО пациента \_\_\_\_\_  
Период обращения в больницу \_\_\_\_\_ (если известен).  
В отделении \_\_\_\_\_ (если известно).

Способы получения документов (нужное отметить):

1.  **выдать мне на руки**  
(при получении на руки необходимо будет предъявить документ, удостоверяющий личность, и документ, подтверждающий статус/полномочия представителя)
2.  **направить по почте заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении**

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\*Представитель пациента по доверенности- супруг (супруга), близкие родственники (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