Главному врачу
СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»
Петрову С.В.

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 (представителя): _____
_____
Телефон (***обязательно***) (представителя): _____

Запрос о предоставлении медицинских документов лица, действующего по доверенности

Прошу выдать заверенную копию или выписку (нужное подчеркнуть)

_____
(наименование медицинских документов)

_____

☐ согласен на получение в электронном виде (кроме КТ, МРТ, Rg)

1. ☐ направить по электронной почте (кроме КТ, МРТ, Rg):

☐ не согласен на получение в электронном виде

1. ☐ выдать мне на руки
2. ☐ направить почтой

ФИО пациента, дата его рождения _____

Период обращения в больницу _____ (если известен).

В отделении _____ (если известно).

Настоящим я проинформирован, что срок хранения копии медицинских документов составляет 30 календарных дней.

_____ _____
(дата) (подпись)

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