Главному врачу клиники
ООО «Медицинский центр Нейродон»
ФИО адрес телефон

Заявление
о выдаче медицинских документов (копий медицинских документов, выписок из медицинских документов), отражающих состояние здоровья пациента после получения платных медицинских услуг

Я, гражданин_____\\
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента (его законного представителя), желающего получить медицинские документы), в соответствии с пунктом 23 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждённых постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736, и положений приказа Минздрава России от 31.07.2020 N 789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них", после окончания исполнения договора оказания платных медицинских услуг, желаю получить (указывается, что именно намеревается получить пациент или его законный представитель - медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья пациента после получения платных медицинских услуг).
Вышеуказанные документы я хотел бы получить _____(указать , каким именно образом пациент или его законный представитель хотел бы получить документацию) .
Информация о пациенте (законном представителе) :

1) сведения о пациенте: а) фамилия, имя, отчество (при наличии) б) реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента : паспорт_
в) адрес места жительства (места пребывания)
г) почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений и (в случае, если имеется) номер контактного
телефона, адрес электронной почты (при наличии)
В случае обращения от имени пациента его законного представителя - сведения о законном представителе:
1) сведения о законном представителе пациента:
а) фамилия, имя, отчество (при наличии)
б) реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента
в) адрес места жительства (места пребывания)
г) почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений и (в случае, если имеется) номер
телефона, адрес электронной почты (при наличии)

3) наименования медицинских документов (их копий) или выписок из них, отражающих состояние здоровья пациента, которые пациент либо его законный представитель намерен получить, и период_____
4) сведения о способе получения пациентом (его законным представителем) запрашиваемых медицинских документов (их копий) или выписок из них (для получения медицинских документов (их копий) или выписок из них на бумажном носителе - при личном обращении или по почте, для получения медицинских документов и выписок из них в форме электронных документов - посредством направления в личный кабинет пациента (его законного представителя) на Едином портале государственных и муниципальных услуг с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения или посредством информационных систем, указанных в частях 1 и 5 статьи 91 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
5) Иная контактная информация

(Ф,И.О.пациента (его законного представителя), написавшего заявление)

Подпись пациента (его законного представителя) написавшего заявление)_____

Дата написания заявления