

Форма письменного запроса пациента для ознакомления пациента с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента в ООО «Профессорская стоматологическая клиника»

Разработана на основании 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, _____

Дата рождения « _____ » _____ г.р.

Место жительства (пребывания) _____

Паспорт серия _____ № _____ выдан « _____ » _____ г.

кем _____ К.П. _____ - _____,

прошу предоставить мне возможность ознакомления с оригиналами медицинской документации, отражающей состояние моего здоровья за период оказания мне медицинской помощи в ООО «Профессорская стоматологическая клиника» в период

с ____ . ____ . ____ г. по ____ . ____ . ____ г.

Почтовый адрес для направления письменного ответа: _____

Номер контактного телефона:

Информация для пациента:

Рассмотрение письменных запросов на ознакомление с оригиналами медицинской документации осуществляется руководителем медицинской организации.

Ознакомление пациента с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента в ООО «Профессорская стоматологическая клиника» осуществляется в специально выделенном помещении с графиком работы: каждый вторник с 16.00 до 18.00. 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.