**В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(наименование медицинского учреждения)

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

**от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

(полностью фамилия, имя, отчество лица, обращающегося за документами)

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

паспорт гражданина Российской Федерации

серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

“\_\_\_” \_\_\_\_\_\_ 200\_\_ года, код подразделения \_\_\_\_ - \_\_\_\_,

конт. тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

электронная почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАПРОС**

В период с “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года я проходила лечение в вашем учреждении здравоохранения.

В соответствии с п.4 ст.22 Федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” пациент либо его законный представитель имеет право по запросу, направленному в том числе в электронной форме, получать отражающие состояние здоровья пациента медицинские документы (их копии) и выписки из них, в том числе в форме электронных документов. Порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти..

Согласно Порядку выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений (утв. приказом Минздравсоцразвития России от 2 мая 2012 г. N 441н ) пациент имеет право запрашивать и получать копии документов, отражающих его состояние здоровья.

На основании изложенного,

**ПРОШУ**

Направить почтовым отправлением по указанному выше адресу копии следующих медицинских документов за период лечения в вашем учреждении здравоохранения (нужное выбрать):

* медицинскую карту амбулаторного больного,
* медицинскую карту стационарного больного,
* результаты анализов крови на вирусную нагрузку;
* историю развития новорожденного;
* историю развития ребенка;
* медицинскую карту ребенка;
* индивидуальную карту беременной и родильницы;
* историю родов;
* медицинскую карту стоматологического пациента;
* медицинскую карту ортодонтического пациента;
* медицинскую карту прерывания беременности;
* карту персонального учета пациента с ВИЧ-инфекцией.

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

(фамилия, имя, отчество)

Дата: “\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ года