**Приложение №1 к Порядку**

**(Рекомендуемый образец)**

**В ГБУЗ ПК «Чайковская ДГБ»**

от: [**Ф. И. О. пациента/законного представителя**]  
почтовый адрес: [**вписать нужное**]  
телефон: [**вписать нужное**]  
электронная почта (при наличии): [**вписать нужное**]

**Запрос  
о предоставлении (медицинских документов/копий медицинских документов/выписок из медицинских документов), отражающих состояние здоровья пациента**

[С (число, месяц, год) по (число, месяц, год) я, (Ф. И. О.), (указать наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента), зарегистрированный(ая) по адресу: (указать адрес), (проходил(а) медицинское обследование/находился(ась) на лечении) **в ГБУЗ ПК «Чайковская ДГБ»** /Я, (Ф. И. О.) законного представителя пациента), (указать наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя), зарегистрированный(ая) по адресу: (указать адрес), на основании (указать наименование документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента) являюсь законным представителем (Ф. И. О. (при наличии)), (указать наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента), зарегистрированного(ой) по адресу: (указать адрес), который(ая) в период с (число, месяц, год) по (число, месяц, год) (проходил(а) медицинское обследование/находился(ась) на лечении) в (указать наименование медицинской организации)].

На основании изложенного и руководствуясь [п. 5 ст. 22](https://internet.garant.ru/#/document/12191967/entry/2205) Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», прошу выдать мне следующие [медицинские документы/копии медицинских документов/выписки из медицинских документов]: [указать наименования медицинских документов, отражающих состояние здоровья пациента] за период [указать период, за который пациент (законный представитель пациента) намерен получить медицинские документы (их копии) или выписки из них].

Указанные [медицинские документы/копии медицинских документов/выписки из медицинских документов] [получу лично/прошу направить мне по почте, по адресу (указать адрес)/прошу направить на адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

[**подпись, инициалы, фамилия пациента (законного представителя пациента)**]

[**число, месяц, год**]