

**ФГБУ «ФЦТОЭ»
Минздрава России (г. Смоленск)**

**Запрос о предоставлении
медицинских документов (их копий) и выписок из них**

Сведения о законном представителе пациента:	
Статус Законного представителя пациента (мать, отец, опекун, попечитель)	
Фамилия	
Имя	
Отчество	
Дата рождения:	
Реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента:	Паспорт гражданина Российской Федерации серия _____ номер _____, выдан _____ _____ « ____ » _____ г.
Адрес места жительства (пребывания) законного представителя пациента:	
Почтовый адрес для направления письменного ответа и индекс	
Номер контактного телефона законного представителя пациента	
Сведения о пациенте:	
Фамилия	
Имя	
Отчество	
Дата рождения:	
Реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента: наименование, серия, номер, кем выдан, дата выдачи	
Адрес места жительства (пребывания):	
Наименования медицинских документов (их копий) или	

выписок из них, отражающих состояние здоровья пациента, которые законный представитель намерен получить и период, за который намерен их получить	
Обоснование необходимости предоставления аналоговых изображений (рентгенограммы) или цифровых изображений на CD-дисках в случае необходимости	
Сведения о способе получения запрашиваемых медицинских документов на бумажном носителе	При личном обращении По почте (нужное подчеркнуть)
Дата подачи запроса	« ____ » _____ 20 ____ г.
Подпись законного представителя пациента	