Информация для пациентов (законных представителей), желающих  
ознакомиться с оригиналами медицинской документации, находящейся в ООО «Гранд-2012» или ООО «МедЛаМарт» (Далее – Клиника Кларимед)

Ознакомление с оригиналами медицинской документации производится на основании письменного запроса в порядке, установленном Порядком ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента, в Клинике, утвержденным приказом директора.

Этот документ размещен у администратора и на официальном сайте Клиники Кларимед [clarimed.ru](http://www.ikbl.ru). Там же Вы можете взять (скачать) бланк письменного запроса. Также Вы можете составить письменный запрос в произвольной форме с обязательным указанием следующих сведений:

1. во всех случаях:
2. фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента;
3. место жительства (пребывания) пациента;
4. реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента;
5. период оказания пациенту медицинской помощи в медицинской организации, за который пациент (законный представитель) желает ознакомиться с медицинской документацией;
6. почтовый адрес для направления письменного ответа;
7. номер контактного телефона (при наличии);
8. в случае направления запроса законным представителем пациента:
9. фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя пациента;
10. реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента;
11. реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента.

Приложение 1

к Порядку ознакомления пациента либо его законного представителя с

медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента

Директору ООО Гранд-2012 (ООО МедЛаМарт)

Мартыновой Н.В. (Лапо Е.И.)

от

Запрос о предоставлении оригиналов медицинской документации для ознакомления

Прошу предоставить для ознакомления оригиналы медицинской документации, отражающей состояние здоровья пациента и находящейся в ООО Гранд-2012 (ООО МедЛаМарт):

1. Фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя пациента\*\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Адрес места жительства (пребывания) пациента\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента\*\*:

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

1. Реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента \*\*:

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

1. Период оказания пациенту медицинской помощи в ГБУЗ «ИКБ № 1 ДЗМ», за который пациент либо его законный представитель желает ознакомиться с медицинской документацией\*:

с «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

1. Почтовый адрес для направления письменного ответа\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Номер контактного телефона (при наличии):
2. Дополнительные сведения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Дата составления запроса\*: «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.
2. Подпись лица, составившего запрос\*: /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/.

Примечание

1. Знаком «\*» отмечены поля, обязательные для заполнения;
2. Знаком «\*\*» отмечены поля, обязательные для заполнения в случае составления запроса законным представителем пациента;
3. Реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование документа, серия, номер, когда и кем выдан, срок действия