

Приложение №1
к приказу главного врача ГОБУЗ «ЛЦРБ»
№ _____ от 12.12.2016 года

Главному врачу ГОБУЗ «ЛЦРБ»

от _____
(фамилия, имя, отчество пациента
или законного представителя)

проживающего по адресу: _____

(полный адрес места жительства)

Паспорт _____
(паспортные данные и реквизиты документа,
подтверждающего полномочия законного
представителя)
телефон: _____

Я, _____

(Фамилия, имя, отчество полностью, число, месяц и год рождения)

проживающий по адресу: _____

прошу ознакомить меня с медицинской документацией (указать какой именно) _____

пациента (указать Ф.И.О.) _____

за период с _____ года по _____ года.

Я уведомлен, что медицинская карта амбулаторного больного является собственностью лечебного учреждения и содержит сведения о персональных данных в соответствии с федеральным законодательством.

Я обязуюсь принять все возможные меры по обеспечению сохранности медицинской карты амбулаторного больного и недопущению разглашения сведений о персональных данных.

Мне разъяснено и я согласен с тем, что в случае утраты медицинской карты амбулаторного больного по моей вине, я несу материальную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

« _____ » _____ 20 ____ г.

(фамилия, инициалы)