

### Заявление о выдаче медицинских документов, отражающих состояние здоровья

Я, \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. пациента/ законного представителя пациента, дата рождения)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,

паспорт (иной документ, удостоверяющий личность) \_\_\_\_\_

являясь законным представителем пациента ООО МЦ «Телемедицина» \_\_\_\_\_

на основании \_\_\_\_\_

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента  
(при наличии))

в соответствии со ст. 22 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 № 323-ФЗ каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи. Пунктом 5 вышеназванной статьи установлено, что 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.

На основании вышеизложенного прошу выдать отражающие состояние здоровья медицинские документы \_\_\_\_\_

Документы прошу выдать \_\_\_\_\_

(на руки, по почте)

Прошу Вас осуществить отправку вышеизложенных медицинских документов на нижеуказанную электронную почту:

\_\_\_\_\_ (адрес электронной почты)

Подписывая настоящее заявление, я подтверждаю, что проинформирован(-а) о том, что электронная почта является открытым источником информации и не защищается ООО МЦ «Телемедицина». За несанкционированный доступ к моему почтовому ящику третьих лиц, а равно и за доступ к моим персональным данным, сведениям, составляющим врачебную тайну и утечку информации, ООО МЦ «Телемедицина» ответственности не несет. Настоящим принимаю на себя ответственность и все риски, связанные с несанкционированным доступом к моему почтовому ящику (персональным данным, сведениям, составляющим врачебную тайну) третьих лиц.

Пациент (законный представитель пациента)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ г.