**Форма письменного запроса пациента для ознакомления пациента с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента в ООО «Стоматолог».**

*Разработана на основании приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2021 г. № 1050н "Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента.*

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.р.

Место жительства (пребывания) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

кем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ К.П. \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_,

прошу предоставить мне возможность ознакомления с оригиналами медицинской документации, отражающей состояние здоровья пациента за период оказания мне стоматологической помощи в ООО «Стоматолог» с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

Почтовый адрес для направления письменного ответа: г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Номер контактного телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Информация для пациента:*

*Рассмотрение письменных запросов на ознакомление с оригиналами медицинской документации осуществляется руководителем медицинской организации.*

*Ознакомление пациента с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента в ООО «Стоматолог» осуществляется в специально выделенном помещении с с учетом графика работы медицинской организации.*

*Срок выполнения запроса на ознакомление пациента с медицинской документацией в соответствии с Федеральным законом от 12.11.2021 г. № 1050н составляет не более 10 рабочих дней со дня получения запроса.*

*После ознакомления с медицинской документацией пациент обязан поставить подпись в медицинской документации об ознакомлении.*

Дата получения запроса: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_