

Директору Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК
«Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Поздеевой Н.А.

от законного представителя пациента / лица, которого пациент указал в
письменном согласии на разглашение врачебной тайны (нужное подчеркнуть)

полностью: фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя

документ, удостоверяющий личность законного представителя/иного лица:

наименование документа, реквизиты документа: серия, номер

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе

документ, подтверждающий статус законного представителя / письменного
согласия пациента на разглашение врачебной тайны:

наименование документа, реквизиты документа: серия, номер

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе

адрес места жительства (пребывания) законного представителя/иного лица:

индекс, субъект РФ, город,

улица, дом, корпус, квартира

почтовый адрес для направления ответа на заявление:

индекс, субъект РФ, город,

дом, корпус, квартира

контактный телефон:

номер телефона для связи

электронная почта:

адрес электронной почты (при наличии) для связи, ответа

Заявление

**о предоставлении медицинской документации для ознакомления законному представителю
пациента или иному лицу, которого пациент указал в письменном согласии на разглашение
сведений, составляющих врачебную тайну или в информированном добровольном согласии**

Прошу предоставить мне для ознакомления оригиналы медицинской документации, и находящейся
в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»
Минздрава России и отражающей состояние здоровья пациента:

указать полностью: фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, дата рождения пациента

указать адрес места жительства (пребывания) пациента

за период: с « » 20 года по « » 20 года.

указать период: дата, месяц, год

Подписанием настоящего заявления, в целях его исполнения, в соответствии с Федеральным законом от
27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю Чебоксарскому филиалу ФГАУ «НМИЦ «МНТК
«Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России свое согласие на обработку указанных
в настоящем заявлении персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление,
хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование,
удаление, уничтожение персональных данных.

Я предупрежден(а) о необходимости аккуратного и бережного обращения с предоставленной для
ознакомления медицинской документацией.

дата, месяц, год

подпись

Ф.И.О.

Примечание: Ознакомление с медицинской документацией осуществляется в помещении медицинской организации
в присутствии работника, ответственного за выдачу медицинской документации для ознакомления, с учетом графика
работы медицинской организации. Законный представитель / иное лицо предъявляет документ, удостоверяющий
личность и документ подтверждающий статус законного представителя / письменного согласия пациента.