г. Санкт-Петербург, ул. Жукова, д. 3 лит А
www.aristomed.ru; medcenter@aristomed.ru
+7(812)443-86-59

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 Аристомед» _____
_____
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 Аристомед». 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 Аристомед» 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.