

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____
(Ф.И.О. законный представитель, лицо по доверенности, лицо старше 15 лет)

номер доверенности _____

Паспорт: серия _____ № _____ дата выдачи _____

код подразделения _____ кем выдан _____

Почтовый адрес: индекс _____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ стр. _____ корп. _____ кв. _____

Электронная почта: _____ Номер телефона: _____

ФИО ребенка, дата рождения (число, месяц, год): _____

Вид медицинской помощи, полученной в учреждении:

1. Амбулаторная помощь (выбрать необходимое подразделение):

- Консультативно-диагностический центр (КДЦ)
- Центр амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП)
- Детский эндоскопический центр
- Детский центр кардиохирургии
- Детский гастроцентр
- Центр ранней помощи
- Центр лечения ревматических заболеваний

2. Стационарная помощь (выбрать необходимое подразделение):

- Приемное отделение/травмпункт
- Стационар (госпитализация)

Дата приема/госпитализации (месяц, год): _____

Прошу предоставить копию медицинской документации:

- Выписной эпикриз История болезни (госпитализация) Амбулаторная карта
- Заключение МРТ, КТ, рентгенограммы
- Гистологическое заключение
- Иное _____

Выбрать один из способов получения запрашиваемых данных:

- Личное получение Почтой России

« _____ » _____ 202__ г. _____ / _____ / _____

(дата)

(подпись заявителя)

(Ф.И.О заявителя)

Я даю согласие на обработку персональных данных в соответствии с Политикой ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» в отношении обработки и защиты персональных данных

Указанные документы получил

« _____ » _____ 20__ г. / _____

(Фамилия И.О. заявителя)

(подпись заявителя)