

Главному врачу больницы № ____ Санкт-Петербурга,

(адрес больницы)

Отдел здравоохранения Вашего района
(район и почтовый адрес)

При необходимости:

Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга

Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д. 1

или

Комитет по здравоохранению ЛО
г. Санкт-Петербург, Невский пр., д. 113

Медицинскую страховую компанию, в
которой юноша застрахован

(почтовый адрес)

От *(ФИО пациента)*

Адрес для ответа:

ЗАПРОС

об истребовании заверенной копии истории болезни

Я, *ФИО*, год рождения был обследован (лечился, наблюдался) в больнице/диагностическом центре (*укажите название медицинского учреждения*).

На основании пункта 2 статьи 24 Конституции РФ, статьи 22 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» **ПРОШУ:**

1. Выдать надлежащим образом заверенную копию истории болезни (медицинской карты) на руки мне или моему доверенному лицу.
2. Предоставить возможность сличить подлинник истории болезни с копией.
3. Ответить на данный запрос по существу в установленный законом срок.

С уважением,

Подпись /ФИО/

« ____ » _____ 20__ г.