

Главному врачу ДПО №__ Санкт-Петербурга,
(адрес детской поликлиники)

или

Главному врачу ГП №__ Санкт-Петербурга
(адрес поликлиники)

В Отдел здравоохранения района
(указать ваш район)
(почтовый адрес)

При необходимости:

В Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга
Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д. 1

или

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

В Медицинскую страховую
компанию, в которой юноша
застрахован
(почтовый адрес)

От (ФИО пациента)

Адрес для ответа, номер полиса ОМС

ЗАПРОС

о восстановлении амбулаторной карты и выдаче ее надлежащим образом заверенной копии

Я, ФИО, обслуживался в вашей поликлинике №__ с рождения до момента наступления совершеннолетия (или укажите период).

Прошу:

- 1) сообщить, с какими диагнозами и у каких специалистов я наблюдался в вашей поликлинике;
- 2) выдать лист уточненного диагноза за вышеуказанный период;
- 3) восстановить мою амбулаторную карту в полном объеме, начиная с выписки из роддома.

На основании ст.22 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» прошу все три документа, которые я запрашиваю, восстановить в кратчайшие сроки, **заверить надлежащим образом и выдать на руки мне или моему доверенному лицу – ФИО (доверенность за № от ДАТА)**

С уважением,

Подпись /ФИО/

«__» _____ 20__ г.

