

1. /для информации/в Комитет по здравоохранению СПб
Адрес: 191023, Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д.1

2. Заведующему ВПО №__ Санкт-Петербурга
ФИО

Адрес: Санкт-Петербург, ул. __, д.

Копия:

3. В ООО __ /медицинское страхование/,

Адрес: 100000, Санкт-Петербург, ул. ____, д. __,

или другая страховая медицинская организация, которая обслуживает полис ОМС

от ФИО пациента

ОМС №

Адрес для ответа: 190000, СПб, пр. ____, д. __, кв.

Контактный телефон +7-

З А Я В Л Е Н И Е

о предоставлении заверенной копии карты диспансерного наблюдения

Я, ФИО пациента, 00.00.0000.г.рожд., имею заболевание «____» /код по МКБ-10 ____/

На основании:

Ст. 41 Конституции РФ;

Ст. 46 ФЗ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в РФ»;

Приложения к Приказу Минздрава России от 31.07.2020 N 789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них"

Ст. 19, ст. 22 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ

ПРОШУ:

1. Предоставить мне выписку из карты диспансерного наблюдения, ф.030/у по заболеванию
(указать заболевание)

2. Выдать мне выписку и заверить ее надлежащим образом и выдать в сроки в соответствии с Приложением к Приказу Минздрава России № 789н

3. Принять настоящее заявление и зарегистрировать его в соответствии с п.8 и п.9 ФЗ от 02.05.2006г. «О порядке рассмотрения обращений граждан» № 59-ФЗ

4. О готовности копии и времени ее получения прошу уведомить меня по контактному телефону.

или

4. Дать письменный ответ по существу обращения в установленный законом срок.

Дата

Подпись