|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | *Главному врачу**ГУЗ «Клиническая больница № 5»**К.П. Позднышеву**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(ФИО полностью)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**проживающего(ей) по адресу:**ул. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**конт. тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**паспортные данные:**серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  |

*Заявление*

 *В соответствии с приказом МЗ РФ от 29.06.2016 № 425н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента» прошу представить для ознакомления первичную медицинскую документацию, оформленную на мое имя за период моего лечения в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отделении с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_.*

 Разрешение на обработку персональных данных:

 Я, даю согласие на обработку всех своих персональных данных предоставляемых мной государственному учреждению здравоохранения «Клиническая больница № 5», расположенного по адресу им. Пельше ул., д. 2, Волгоград, 400009, с целью ввода, сбора, систематизации, накопления, хранения, изменения, удаления, использования, передачи в случае необходимости третьим лицам.

 Срок действия согласия в течение 5 лет. Настоящее согласие может быть отозвано в любой момент по соглашению сторон.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | *Главному врачу**ГУЗ «Клиническая больница № 5»**К.П. Позднышеву**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(ФИО полностью)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**проживающего(ей) по адресу:**ул. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**конт. тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**паспортные данные:**серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *законного представителя пациента (ки)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(ФИО полностью)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**проживающего(ей) по адресу:**ул. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**документ, подтверждающий полномочия законного представителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

*Заявление*

 *В соответствии с приказом МЗ РФ от 29.06.2016 № 425н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента» прошу представить для ознакомления первичную медицинскую документацию, оформленную на имя пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отделения за период его лечения с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_.*

 Разрешение на обработку персональных данных:

 Я, даю согласие на обработку всех своих персональных данных предоставляемых мной государственному учреждению здравоохранения «Клиническая больница № 5», расположенного по адресу им. Пельше ул., д. 2, Волгоград, 400009, с целью ввода, сбора, систематизации, накопления, хранения, изменения, удаления, использования, передачи в случае необходимости третьим лицам.

 Срок действия согласия в течение 5 лет. Настоящее согласие может быть отозвано в любой момент по соглашению сторон.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_