

**Журнал приема запросов и выдачи
медицинских документов (их копий) и
выписок из них**

сведения о пациенте/законного представителя						дата подачи запроса о выдаче медицинских документов (их копий) и выписок из них	дата выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них или дату направления медицинских документов (их копий) и выписок из них в форме электронных документов	наименование выданного документа с указанием его типа: <u>оригинал,</u> <u>копия,</u> <u>выписка</u> (в случае выдачи копий медицинских документов и выписок из них указывается период времени, за который они выданы)	срок возврата оригиналов медицинских документов	подпись пациента либо его законного представителя если получают лично медицинские документы (их копий) и выписок из них	сведения о медицинском работнике, который произвел выдачу (направление) медицинских документов (их копий) и выписок		
ФИО	реквизиты документа, удостоверяющего личность	документ, подтверждающий его статус законного представителя	адрес места жительства (места пребывания)	почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений	номер контактного телефона, адрес электронной почты						Фамилия, инициалы	должность	подпись

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--