# Приложение 4

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ф. И. О. пациента и его законного представителя, лица, указанного в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство** | **Реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента (законного представителя, лица, указанного в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство)** | **Адрес места жительства (места пребывания) пациента** | **Почтовый адрес, номер контактного телефона, адрес электронной почты** | **Дата подачи запроса** | **Дата выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них (направления электронных документов, адрес электронной почты)** | **Наименование выданного документа с указанием его типа: оригинал, копия, выписка, период времени, за который они выданы** | **Срок возврата оригиналов медицинских документов** | **Подпись пациента (законного представителя, лица, указанного в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство)** | **Ф. И. О., должность, подпись медицинского работника, выдавшего документы** |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |