

## Соглашение о просмотре медицинских карт и выдаче копий

Пациент	имя	контактная информация
	дата рождения	
	адрес	
Заявитель	имя	отношения с пациентом
	дата рождения	контактная информация
	адрес	
Документы для просмотра и копии	наименование медицинского учреждения	
	период лечения	
	причины выдачи	
	документы для копии (должно быть заполнено лично пациентом)	
	Пример) Копия медицинской карты, копия рецептов, копия хирургических записей, копия информации об осмотре и протокола осмотра, рентгенограмма (включая изображение), копия записей медсестры, копия записей акушера, копия справки о диагнозе, копия свидетельства о смерти или осмотре тела и т. д.	

Я (или законный представитель) согласен с тем, что вышеуказанный заявитель () может просмотреть или получить копию моей медицинской карты в соответствии со статьей 21 (3) Закона о медицине и статьей 13–3 (3) правил исполнения того же закона.

Дата \_\_\_\_\_

Имя (или имя законного представителя) \_\_\_\_\_ рукописная подпись \_\_\_\_\_