

ДОВЕРЕННОСТЬ
на получение медицинской документации

г. _____

«___» _____ 20___ г.

Я, _____,
паспорт серии _____, № _____, выдан «___» _____, № _____ г. _____

зарегистрированный (-ая) по адресу: _____

настоящим предоставляю _____,
паспорт серии _____, № _____, выдан «___» _____, № _____ г. _____

зарегистрированному (-ой) по адресу: _____

право получать от моего имени в медицинских организациях любых форм собственности медицинские документы: **результаты лабораторных исследований, результаты МРТ / КТ / рентгена / маммографии, копии медицинских заключений, копию выписки из медицинской карты пациента, иное**

(нужное подчеркнуть или вписать иной вариант)

Я уведомлен и даю свое согласие на то, что при получении вышеуказанной медицинской документации Доверенному лицу будут раскрыты сведения, составляющие врачебную тайну, в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Никаких претензий к медицинской организации по поводу раскрытия вышеуказанных сведений я не имею.

Я уведомлен и согласен с тем, что выдача некоторых копий медицинских документов, выписок, эпикризов и т.д. является платной услугой, и гарантирую оплату моим доверенным лицом.

Доверенность выдана сроком на ____ (_____) без права передоверия и действительна при предъявлении паспорта доверенного лица.

Подпись доверенного лица _____ подтверждаю.

Фамилия, имя, отчество доверителя полностью: _____.

Подпись доверителя: _____.