Главному врачу больницы №\_\_\_ Санкт-Петербурга,

*(адрес больницы)*

Отдел здравоохранения Вашего района

*(район и почтовый адрес)*

*При необходимости:*

 Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга

Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д. 1

**или**

Комитет по здравоохранению ЛО

г. Санкт-Петербург, Невский пр., д. 113

Медицинскую страховую компанию, в которой юноша застрахован

*(почтовый адрес)*

От *(ФИО пациента)*

Адрес для ответа:

 **ЗАПРОС**

*об истребовании заверенной копии истории болезни*

Я, *ФИО, год рождения* был обследован *(лечился, наблюдался)* в больнице/диагностическом центре *(укажите название медицинского учреждения).*

 На основании пункта 2 статьи 24 Конституции РФ, статьи 22 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» **ПРОШУ:**

1. Выдать надлежащим образом заверенную копию истории болезни (медицинской карты) на руки мне или моему доверенному лицу.
2. Предоставить возможность сличить подлинник истории болезни с копией.
3. Ответить на данный запрос по существу в установленный законом срок.

С уважением,

Подпись /ФИО/

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.