***Заявление на ознакомление с медицинской карточкой***

|  |  |
| --- | --- |
|  | Главврачу поликлиники/  точное название медучереждения и должность начальника+ Фамилия и инициалы |
|  | ФИО законный представитель моей дочери ФИО/год рождения адрес телефон |

**Заявление**

1. В соответствии с письмом Министерства Здравоохранения Республики Беларусь за № 02-3-10/738-355 от 31 июля 2009 года «О вопросах информации пациентов о состоянии их здоровья»:

При необходимости пациент или его законный представитель может ознакомиться со своей медицинской амбулаторной (форма № 025/у-07) или медицинской стационарной (форма № 003/у-07) картами больного в организации здравоохранения в присутствии медицинских работников.

1. В соответствии со статьей 46 Закона РБ «О здравоохранении»

Информация о состоянии здоровья пациента предоставляется лечащим врачом пациенту или лицам, указанным в части 2 статьи 18 данного закона - для несовершеннолетних — один из родителей, усыновителей, опекунов, попечителей.

На основании выше изложенного ПРОШУ:

Ознакомить меня детально с медицинской карточкой моей дочери, ФИО, год рождения с применением фотофиксации в присутствии медицинского работника на Ваш выбор.  
  
Прошу уведомить меня письменно о принятом решении по моему заявлению в соответствии с Законом «Об обращениях граждан»  
  
Дата Подпись ФИО