**Приложение №2**

**к Приказу №\_\_\_ от 05.10.2020**

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **сведения о пациенте/законного представителя** | **дата подачи запроса о выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них** | **дата выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них или дату направления медицинских документов (их копий) и выписок из них в форме электронных документов** | **наименование выданного документа с указанием его типа: оригинал, копия, выписка (в случае выдачи копий медицинских документов и выписок из них указывается период времени, за который они выданы)** | **срок возврата оригиналов медицинских документов** | **подпись пациента либо его законного представителя если получают лично медицинские документы (их копий) и выписок из них** | **сведения о медицинском работнике, который произвел выдачу (направление) медицинских документов (их копий) и выписок** |
| **ФИО** | **реквизиты документа, удостоверяющего личность**  | **документ, подтверждающий его статус законного представителя** | **адрес места жительства (места пребывания)** | **почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений** | **номер контактного телефона, адрес электронной почты** | **Фамилия, инициалы** | **должность** | **подпись** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |