

Начальнику медичної частини № _____
філії ДУ «Центр охорони здоров'я ДКВС України»

від _____
(ПІБ)

Статус:

- ☐ особа, взята під варту
☐ засуджений(а)

Установа: _____
(повне найменування)

Камера / відділення / дільниця №: _____

Стаття КК України: _____

Строк покарання (для засудженого): _____

ЗАЯВА

про ознайомлення з медичною документацією та отримання її копій

Я, _____, перебуваю в
_____.

З метою отримання повної інформації про стан мого здоров'я, проведені медичні огляди, обстеження, встановлені діагнози та призначене лікування прошу надати мені можливість ознайомитися з медичною документацією, що стосується стану мого здоров'я та надання мені медичної допомоги.

Зокрема, прошу надати для ознайомлення та, за можливості, отримання копій:

- ☐ медичної карти та/або відповідних записів у ній;
- ☐ результатів лабораторних досліджень;
- ☐ результатів інструментальних досліджень (рентгенографія, УЗД, КТ, МРТ, ЕКГ тощо);
- ☐ висновків лікарів-спеціалістів;
- ☐ виписок із медичної документації та закладів охорони здоров'я;
- ☐ консультативних висновків;
- ☐ документів щодо встановлених діагнозів;
- ☐ медичних призначень та відомостей про проведене лікування;
- ☐ документів щодо направлення на обстеження, консультацію або госпіталізацію;
- ☐ висновків консилиуму лікарів;
- ☐ інших документів, що містять інформацію про стан мого здоров'я та надану мені медичну допомогу:

За можливості зазначаю період, за який необхідні медичні документи:
з «__» _____ 20__ року по «__» _____ 20__ року.

У зв'язку з викладеним ПРОШУ:

1. Надати мені можливість ознайомитися з медичною документацією, що містить інформацію про стан мого здоров'я, проведені обстеження, встановлені діагнози та надану медичну допомогу.
2. Надати копії зазначених вище медичних документів у порядку, передбаченому законодавством.

3. Якщо виготовлення копій усіх запитуваних документів неможливе, надати можливість отримати виписки або копії документів, які містять основну інформацію про проведені обстеження, діагнози, призначення та лікування.

4. Забезпечити можливість ознайомлення з результатами лабораторних та інструментальних досліджень і висновками лікарів-спеціалістів.

5. У разі відмови у наданні для ознайомлення будь-якого із зазначених документів повідомити мені правові підстави такого рішення.

Медична документація необхідна мені для:

- ☐ контролю за станом власного здоров'я та лікуванням;
- ☐ отримання консультації іншого лікаря;
- ☐ звернення за правовою допомогою;
- ☐ захисту моїх прав;
- ☐ іншої мети: _____.

Дата: «__» _____ 20__ року

Підпис: _____

ПІБ: _____