

ООО «ФУЕ КЛИНИК»
ИНН 9715397079, ОГРН 1217700072985, 127273, г. Москва, ул. Олонецкая, д. 4, помещ. 7

Приложение № 3

к приказу о назначении лиц, ответственных за предоставление медицинских документов

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

ООО «ФУЕ КЛИНИК»

Начат: «12» сентября 2026 г.
Окончен: «___» _____ 202__ г.



Сведения о заявителе / законном представителе															
№ п/п	Дата подачи запроса о выдаче жилищных документов (их копии) и выписок из них							Дата выдачи жилищных документов (их копии) и выписок из них или дата направления в электронной форме	Наименование выданного документа с указанием типа: оригинал, копия, выписка; период, за который выдан документ	Срок возврата оригиналом жилищных документов	Подпись заявителя либо его законного представителя при личном получении	Сведения о жилищном работнике, который произвел выдачу (направление) жилищных документов			
		ФИО	Резидент, документ, удостоверяющий личность	Документ, подтверждающий статус законного представителя	Адрес места жительства (места пребывания)	Почтовый адрес для направления писемных ответов и уведомлений	Номер контактного телефона, адрес электронной почты					Фамилия, имя, отчество	Должность	Подпись	
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															

Сведения о пациенте / законном представителе													
№ записи запроса о выдаче медицинских документов (их копии) и выписок из них	ФИО	Резидент, документа, участующий личность	Документ, подтверждающий статус законного представителя	Адрес места жительства (места пребывания)	Почтовый адрес для направления исковых ответов и уведомлений	Номер контактного телефона, адрес электронной почты	Дата выдачи медицинских документов (их копии) и выписок из них или дата направления в электронной форме	Наименование выданного документа с указанием типа: оригинал, копии, выписки; период, за который выданы документы	Срок возврата оригиналов медицинских документов	Подпись, печать либо его законного представителя при личном получении	Сведения о медицинском работнике, который произвел выдачу (направление) медицинских документов		
											Фамилия, инициалы	Должность	Подпись
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													

ООО «ФУЕ КЛИНИК»

ИНН 9715397079, ОГРН 1217700072985, 127273, г. Москва, ул. Олонешкая, д. 4, помещ. 7

Приложение № 3

к приказу о назначении лиц, ответственных за предоставление медицинских документов

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

ООО «ФУЕ КЛИНИК»

Начат: «12» сентября 2026 г.
Окончен: « » 202 г.



Сведения о пациенте / законом представителе															
№ п/п	Дата подачи запроса о выдаче медицинских документов (их копии) и выписок из них							Дата выдачи медицинских документов (их копии) и выписок из них или дата направления в электронной форме	Наименование выданного документа с указанием типа: оригинал, копия, выписки; период, за который выданы документы	Срок возврата оригиналов медицинских документов	Подпись пациента либо его законного представителя при личном получении	Сведения о медицинском работнике, который принял выдачу (направление) медицинских документов			
		ФИО	Реквизиты документа, удостоверяющего личность	Документ, подтверждающий статус законного представителя	Адрес места жительства (места пребывания)	Почтовый адрес для направления писем, ответов и уведомлений	Номер контактного телефона, адрес электронной почты					Фамилия, имя, отчество	Должность	Подпись	
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															

Сведения о пациенте / законном представителе							Сведения о медицинском работнике, который проводил выдачу (направление) медицинских документов						
№ запроса о выдаче медицинских документов (их копии) и выписок из них	ФИО	Результат документа, удостоверяющего личность	Документ, подтверждающий статус законного представителя	Адрес места жительства (места пребывания)	Почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений	Номер контактного телефона, адрес электронной почты	Дата выдачи медицинских документов (их копии) и выписок из них или дата направления в электронной форме	Наименование выданного документа с указанием типа: оригинал, копия, выписка; период, за который выдан документ	Срок возврата оригиналов медицинских документов	Подпись, пациента либо его законного представителя при личном получении	Фамилия, инициалы	Должность	Подпись
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													

