***Приложение № 2***

**Журнал**

**выдачи копий медицинских документов, выписок из них**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **ФИО** **пациента** | **Реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента** | **В случае обращения от имени пациента его законного представителя – сведения о законном представителе****(ФИО, реквизиты документа, подтверждающего его полномочия)** | **Дата подачи заявления (представления запроса)** | **Дата выдачи копии медицинских документов,****выписок из них** | **Наименование выданного документа** | **Отметка пациента или его законного представителя о получении копии медицинских документов,****выписок из них, заверенная его подписью** |
|  | ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |