***Приложение № 3***

**Журнал**

**выдачи оригиналов медицинских документов**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ 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 оригинала медицинских документов** | **Наименование выданного документа** | **ФИО регистратора, выдавшего оригинал медицинских документов,**  **подпись** | **Отметка пациента или его законного представителя о получении оригинала медицинских документов,** **заверенная его подписью** |
|  | ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата**  **возврата оригинала медицинских документов в регистратуру ЦРБ** | **ФИО регистратора, принявшего оригинал медицинских документов,**  **подпись** | **Отметка пациента или его законного представителя о возврате оригинала медицинских документов, заверенная его подписью** | **Примечание** |
| ***9*** | ***10*** | ***11*** | ***12*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |