***Приложение № 2***

**Журнал предварительной записи посещений помещения для ознакомления с медицинской документацией**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Фамилия, имя и отчество**  **(при наличии) пациента** | **Число, месяц, год рождения пациента** | **Место жительства (пребывания) пациента** | **Дата регистрации письменного запроса пациента либо его законного представителя** | **Период оказания пациенту медицинской помощи в медицинской организации, за который пациент либо его законный представитель желает ознакомиться с медицинской документацией** | **Предварительные дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией** |
|  | ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** |
|  |  |  |  |  |  |  |