

ТРЕБОВАНИЯ

к письменному запросу пациента (законного представителя) на ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья и находящейся в стоматологической клинике ООО «ДАНТИСТ» и письменного обращения (жалобы)

- 1. Фамилия, имя и отчество пациента;*
- 2. фамилия, имя и отчество законного представителя;*
- 3. место жительства пациента;*
- 4. реквизиты документа, удостоверяющие личность пациента;*
- 5. реквизиты документа, подтверждающие полномочия законного представителя;*
- 6. период оказания пациенту медицинской помощи в стоматологической клинике, за который он (законный представитель) желает ознакомиться с медицинской документацией;*
- 7. почтовый адрес для направления письменного ответа;*
- 8. номер контактного телефона.*

Ознакомление пациента (законного представителя) с медицинской документацией осуществляется в помещении стоматологической клиники ООО «ДАНТИСТ», предназначенном для ознакомления пациента (законного представителя) с медицинской документацией.

Максимальный срок ожидания пациентом (законным представителем) посещения кабинета для ознакомления с медицинской документацией, с момента регистрации письменного запроса, не должен превышать десять дней.