

**ЗАПРОС НА ПЕРЕСМОТР ОТКЛОНЕНИЯ ЗАПРОСА
НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ДОКУМЕНТОВ**

ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА	ИМЯ	СРЕД. ИНИЦИАЛ
№ ДЕЛА		
УЧРЕЖДЕНИЕ	ОТДЕЛ	

ИНСТРУКЦИИ: КОПИЮ ДАННОЙ ФОРМЫ СЛЕДУЕТ ПРЕДОСТАВИТЬ ПАЦИЕНТУ! Подготовьте одну (1) копию, которая будет приложена к карте пациента.

ЗАПРОС НА ПЕРЕСМОТР РЕШЕНИЯ

ТИП ИСХОДНОГО ЗАПРОСА

- ЗАПРОС НА ВНЕСЕНИЕ ИСПРАВЛЕНИЙ В ДОКУМЕНТ
- ЗАПРОС НА ПРОСМОТР/КОПИРОВАНИЕ ДОКУМЕНТА
- ЗАПРОС НА ОГРАНИЧЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ:

ПРИЧИНА ДЛЯ ПЕРЕСМОТРА ОТКАЗА

Я, нижеподписавшийся/нижеподписавшаяся, настоящим запрашиваю пересмотр отказа моего запроса (описанного выше). Я понимаю, что медицинское учреждение может отклонить мой запрос с объяснением причин.

(Подпись пациента)

(Подпись родителя/опекуна, если требуется)

(Имя пациента печатными буквами)

(Имя родителя/опекуна печатными буквами)

(Дата)

(Дата)

Действие учреждения:

___ Запрос одобрен.

___ Запрос отклонен. Причина отклонения

___ Материал, подлежащий изменению, не был сформирован в рамках программы.

___ Материалом является запись психотерапевта или информация, собранная в предвидении или для использования в гражданском, уголовном или административном производстве или разбирательстве.

___ Персонал программы установил, что документ содержит точные и полные сведения.

___ Другая причина. Описание: _____

Директор/Заместитель директора

Дата