

Заявление на получение платных медицинских услуг в анонимном порядке

Главному врачу

ООО« Формула Здоровья»

От _____

(Ф.И.О. (при наличии), указывается гражданином без предъявления документа, удостоверяющего личность)

Зарегистрированной(го) по адресу:

паспорт: серия _____ № _____

выдан _____

«_____» _____ года

Адрес для переписки: _____

№ телефона _____

заявление

Прошу оказать мне платные медицинские услуги в анонимном порядке.

Настоящим подтверждаю, что работником медицинского центра мне разъяснены возможные последствия анонимности моего обращения за медицинской помощью, в том числе в виде невозможности уведомления меня медицинской организацией о выявленных у меня патологических состояниях (заболеваниях), о которых медицинской организации станет известно после прекращения оказания мне медицинских услуг, в том числе невозможности обеспечения преемственности на всех этапах лечебного процесса, а также о невозможности выдачи выписки из медицинской документации с указанием персональных данных пациента.

(ФИО пациента)

(подпись пациента)

«_____» _____ 20__ г.

(дата)