

Главному врачу государственного  
бюджетного учреждения здравоохранения  
Московской области «Московская  
областная детская клиническая  
травматолого-ортопедическая больница»  
Хошабаеву Роберту Абрамовичу

от \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О полностью)

проживающий по адресу:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Паспорт: \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_ \_\_ \_\_\_\_ г.

Тел. \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### Заявление

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ года рождения,  
прошу Вас предоставить мне подробную выписку лечения из истории  
болезни для \_\_\_\_\_

(указать: консультация, продолжения лечения в другом учреждении или др.)

Лечение в больнице в период с \_\_\_\_\_ г. по \_\_\_\_\_ г.  
(отделение № \_\_\_\_\_) с диагнозом: \_\_\_\_\_

Хирургическое лечение (если была операция) \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ г.

Ф.И.О.,

подпись