

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

Прошу Вас выдать мне подробную выписку из истории болезни моего  
ребенка \_\_\_\_\_ Г.  
(Ф.И.О полностью) (год рождения)

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