Руководителю Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название региона)

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

(ФИО руководителя)

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

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

(адрес Территориального органа)

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проживающего/ей по адресу

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

тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЖАЛОБА**

**на отказ в проведении врачебной комиссии или консилиума врачей с целью установления факта нуждаемости в паллиативной помощи**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г.р., с диагнозом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являюсь инвалидом \_\_ группы, (носителем трахео- и гастростомы/ нахожусь дома на неинвазивной ИВЛ, указать нужное).

В силу имеющегося неизлечимого прогрессирующего заболевания я нуждаюсь в оказании паллиативной медицинской помощи.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г. я обратилась/обратился с письменным заявлением на имя главного врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(название медицинского учреждения)*  с просьбой организовать рассмотрение вопроса о наличии у меня показаний к оказанию паллиативной медицинской помощи врачебной комиссией  или консилиумом врачей учреждения с оформлением соответствующего заключения и выдать мне его копию на руки.

Однако, получил/получила ответ с отказом (копию прилагаю).

Считаю, что тем самым нарушены нарушено мое право на получение паллиативной медицинской помощи, гарантированного статье 36 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и Положением об организации оказания паллиативной медицинской помощи, утв. Приказом Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. N 345н/372н.

Учитывая изложенное, прошу принять необходимые меры для организации проведения врачебной комиссии или консилиума врачей с целью оформления заключения относительно моей нуждаемости в паллиативной помощи.

Приложение:

1. Копия паспорта - 2 стр., 1 экз.
2. Копия ответа главврача - 2 стр., 1 экз.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО)