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

(название региона)

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

(ФИО руководителя)

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

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

(адрес Территориального органа)

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

 (ФИО законного представителя)

(в интересах сына/дочери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО ребенка) «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г.р., ребенка-инвалида),

Проживающего/ей по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

**ЖАЛОБА**

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

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, отец/мать ребенка-инвалида, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО ребенка)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г.р., с диагнозом: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

В силу имеющегося неизлечимого прогрессирующего заболевания мой сын\моя дочь нуждается 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 моего сына/моей дочери показаний к оказанию паллиативной медицинской помощи врачебной комиссией учреждения с оформлением соответствующего заключения и выдать мне его копию на руки.

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

Считаю, что тем самым нарушено право моего ребенка на получение паллиативной медицинской помощи, гарантированного статьей 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 с целью оформления заключения о нуждаемости моего сына/моей дочери в паллиативной помощи.

Приложение:

1. Копия паспорта родителя — 2 стр., 1 экз.
2. Копия свидетельства о рождении ребенка — 1 стр., 1 экз.
3. Копия ответа главврача — \_\_\_ стр., 1 экз.

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

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

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