Главному врачу \_\_\_(название учреждения)\_\_

(ФИО главврача)

\_\_\_\_\_\_\_(адрес учреждения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО заявителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающего/ей по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, представляю по доверенности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_.\_\_.\_\_\_\_\_\_\_г. интересы \_\_\_\_\_(ФИО пациента)\_\_\_\_\_\_, \_\_.\_\_.\_\_\_\_\_\_ г.р., инвалида 1 группы с детства, который/ая страдает комплексом тяжелых заболеваний (или указать диагноз), является носителем трахео- и гастростомы (или находится на зондовом питании, находится дома на ИВЛ/НИВЛ- указать нужное).

В силу имеющегося неизлечимого прогрессирующего заболевания \_\_\_\_\_\_\_(ФИО пациента)\_\_\_\_\_\_\_\_ нуждается в оказании паллиативной медицинской помощи. В соответствии с 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) медицинское заключение о нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи выдает врачебная комиссия или консилиум врачей медицинской организации, в которой осуществляется наблюдение пациента. Врачебная комиссия или консилиум врачей оформляют заключение, которое вносится в медицинскую документацию.

В связи с вышеизложенным прошу вас организовать рассмотрение вопроса о наличии у \_\_\_\_\_\_\_(ФИО пациента)\_\_\_\_\_\_\_\_ показаний к оказанию паллиативной медицинской помощи врачебной комиссией или консилиумом врачей вашего учреждения с оформлением соответствующего заключения и выдать мне копию заключения на руки.

Ответ на данное обращение прошу предоставить в письменном виде по указанному мной адресу в установленный законом срок.

Приложение:

1. Копия доверенности- \_\_ стр.

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ года С уважением,

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ ФИО заявителя/