Руководителю Территориального органа Росздравнадзора по

\_\_\_\_\_\_\_\_(указать регион)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес ТО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

проживающей по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел.: +7 (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**ЖАЛОБА**

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) и нуждается в оказании паллиативной медицинской помощи.

По жизненным показаниям \_\_\_\_\_\_\_(ФИО пациента)\_\_\_\_\_\_\_\_ нуждается в применении на дому медицинских изделий, что подтверждено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(решением ВК, заключением специалиста, выпиской другой медицинской организации- указать нужное). Согласно части 4 статьи 36 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», при оказании паллиативной медицинской помощи пациенту предоставляются для использования на дому медицинские изделия, предназначенные для поддержания функций органов и систем организма человека. Перечень таких медицинских изделий утвержден приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 мая 2019 г. N 348н «Об утверждении перечня медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому». Необходимые медицинские изделия в данном перечне присутствуют.

По вопросу предоставления медицинских изделий я обращался/ась в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать, когда и куда)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, копии ответов прилагаю. К сожалению, на данный момент необходимые медицинские изделия \_\_\_\_\_\_\_(ФИО пациента)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ так и не предоставили (или не предоставили в полном объеме- указать нужное).

В связи с вышеизложенным прошу Вас принять меры по организации предоставления \_\_\_\_\_\_\_(ФИО пациента)\_\_\_\_\_\_ медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека для использования на дому, согласно прилагаемому списку (\_\_наименований). Ответ на данное обращение прошу предоставить в письменной форме на указанный адрес и по электронной почте в установленный законом срок.

Приложение:

1. Копия доверенности- \_\_ стр.
2. Копии медицинских документов- \_ стр.
3. Копии ответов- \_\_ стр.
4. Список необходимых медицинских изделий- \_\_ стр.

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ФИО заявителя\_\_/