Главному врачу ГБУЗ «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

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

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

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

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

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

Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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) и нуждается в оказании паллиативной медицинской помощи.

По жизненным показаниям \_\_\_\_\_\_\_(ФИО пациента)\_\_\_\_\_\_\_\_ постоянно нуждается в применении на дому медицинских изделий, что подтверждено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(заключением специалиста, выпиской другого 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 моему доверителю медицинские изделия в данном перечне присутствуют.

Прошу Вас принять меры для обеспечения \_\_\_\_\_\_\_(ФИО пациента)\_\_\_\_\_\_\_\_ медицинскими изделиями 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. Список медицинского оборудования и медицинских изделий- \_\_ стр.

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