|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Руководителю Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере | | | | | |
| здравоохранения по | | | |  | |
|  | | | | *(название региона)* | |
|  | | | | | |
| *(ФИО руководителя)* | | | | | |
|  | | | | | |
| *(адрес Территориального органа)* | | | | | |
| От | |  | | | , |
|  | *(ФИО заявителя)* | | | | |
| проживающего/ей по адресу | | | | | |
|  | | | | | |
| *(адрес заявителя)* | | | | | |
| Тел.: +7 | | | (     ) |  | |
| e-mail: | | |  | | |

**ЖАЛОБА**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, |  | | | | | | | | , представляю по | | |
|  | *(ФИО доверенного лица)* | | | | | | | |  | | |
| доверенности | | |  | | | от | «     »             г. (копию прилагаю) | | | | |
|  | | | *(номер и дата доверенности)* | | | | |  | | | |
| интересы | |  | | | | | | | | , | |
|  | | *(ФИО пациента)* | | | | | | | |  | |
| «     »             г.р., | | | | |  | | | | | | , |
| *(дата рождения пациента)* | | | |  | *(инвалида \_ 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 пациент | |
|  | нуждается в оказании паллиативной |
| *(ФИО пациента)* |  |
| медицинской помощи. |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| «     »             г. я обратилась/обратился с письменным заявлением на имя | | | |
| главного врача |  | | |
|  | *(название медицинского учреждения)* | | |
| с просьбой организовать рассмотрение вопроса о наличии у | | |  |
|  | | | *(ФИО пациента)* |
| 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 нарушено право | |  | |
|  | | *(ФИО пациента)* | |
| на получение паллиативной медицинской помощи, гарантированное 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 или консилиума врачей с целью оформления заключения относительно | |
| нуждаемости |  |
|  | *(ФИО пациента)* |
| в паллиативной помощи. | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Приложения: | | | | | | | | | |
| 1) | Копия паспорта пациента – | | | |  | стр. |  | экз. | | |
| 2) | Копия паспорта доверенного лица – | | | |  | стр. |  | экз. | | |
| 3) | Копия доверенности – | | | |  | стр. |  | экз. | | |
| 4) | Копия ответа главврача – | | | |  | стр. |  | экз. | | |
|  | | | | | | | | | |
| «     »       20      г. | |  | / |  | | | | | / |
|  | | *(подпись)* | | *(ФИО заявителя)* | | | | | |