|  |
| --- |
| 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., |
| *(дата рождения ребенка)* |
| ребенка-инвалида), проживающего/ей по адресу: |
|       |
| *(адрес заявителя)* |
| Тел.: +7 | (     ) |       |
| e-mail: |       |

**ЖАЛОБА**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я, |       | , отец/мать ребенка-инвалида |
|  | *(ФИО родителя)* |  |
|       | , | «     »             г. р., |
| *(ФИО ребенка)* |  | *(дата рождения ребенка)* |
| с диагнозом: |       | . |
|  | *(указать диагноз)* |  |

|  |
| --- |
| 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, 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 вышеизложенное, прошу принять необходимые меры для организации проведения врачебной комиссии с целью оформления заключения о нуждаемости моего сына/моей дочери в паллиативной помощи. |

|  |
| --- |
| Приложения: |
| 1) | Копия паспорта родителя – |       | стр. |       | экз. |
| 2) | Копия свидетельства о рождении ребенка –  |       | стр. |       | экз. |
| 3) | Копия ответа главврача – |       | стр. |       | экз. |
|  |
| «     »       20      г.  |       | / |       | / |
|  | *(подпись)* | *(ФИО заявителя)* |