|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Главному врачу | | | |  | | |
|  | | | | *(наименование медучреждения)* | | |
|  | | | | | | |
| *(ФИО главного врача)* | | | | | | |
| Адрес: | |  | | | | |
|  | | *(адрес медучреждения)* | | | | |
| От |  | | | | | , |
|  | *(ФИО опекуна)* | | | | | |
| проживающего/ей по адресу: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| *(адрес опекуна)* | | | | | | |
| Тел.: +7 | | | (     ) | |  | |
| e-mail: | | |  | | | |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, |  | | | , являюсь опекуном | |
|  | *(ФИО опекуна)* | | |  | |
|  | | , | «     »             г. р., | | |
| *(ФИО пациента)* | |  | *(дата рождения пациента)* | | |
|  | | | | | , |
| *(инвалида \_ группы с детства, который(ая) страдает комплексом тяжелых заболеваний,*  *или указать диагноз)* | | | | |  |
|  | | | | | |
| *(который(ая) 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 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 моему подопечному 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. | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Приложения: | | | | | | | | |
| 1) | Копия постановления об установлении опеки – | | | |  | стр. | |
| 2) | Копии медицинских документов – | | | |  | стр. | |
| 3) | Список медицинского оборудования и медицинских изделий – | | | |  | стр. | |
|  | | | | | | | | |
| «     »       20      г. | |  | / |  | | | / | |
|  | | *(подпись)* | | *(ФИО опекуна)* | | | | |