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

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, |  | | , | «     »             г.р. | | | |
|  | *(ФИО заявителя)* | | | | *(дата рождения)* | | |
| с диагнозом | |  | | | | , | |
|  | | *(указать диагноз)* | | | |  | |
|  | | | | | | | . |
| *(являюсь инвалидом 1 группы, носителем трахео- и гастростомы, нахожусь дома на неинвазивной ИВЛ и пр. – указать нужное)* | | | | | | | |
| В силу имеющегося неизлечимого прогрессирующего заболевания я нуждаюсь в оказании паллиативной медицинской помощи. В соответствии с 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) медицинское заключение о нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи выдает врачебная комиссия или консилиум врачей медицинской организации, в которой осуществляется наблюдение пациента. Врачебная комиссия или консилиум врачей оформляют заключение, которое вносится в медицинскую документацию, а копия заключения выдается пациенту на руки.  В связи с вышеизложенным прошу Вас организовать рассмотрение вопроса о наличии у меня показаний к оказанию паллиативной медицинской помощи врачебной комиссией или консилиумом врачей вашего учреждения с оформлением соответствующего заключения и выдать мне его копию на руки. | | | | | | | |
| Ответ на данное обращение прошу предоставить в письменном виде по указанному мной адресу в установленный законом срок. | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
|  |  |  | С уважением, |  |
| «     »       20      г. |  | / |  | / |
|  | *(подпись)* | | *(ФИО заявителя)* | |