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

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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)* | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | . |
| *(который(ая) является носителем трахео- и гастростомы, или находится на зондовом питании, находится дома на ИВЛ/НИВЛ – указать нужное)* | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| В силу имеющегося неизлечимого прогрессирующего заболевания пациент |
|  |
| *(ФИО пациента)* |
| нуждается 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. |
| В связи с вышеизложенным прошу вас организовать рассмотрение вопроса о наличии у |
|  |
| *(ФИО пациента)* |
| показаний к оказанию паллиативной медицинской помощи врачебной комиссией или консилиумом врачей вашего учреждения с оформлением соответствующего заключения и выдать мне копию заключения на руки. |
| Ответ на данное обращение прошу предоставить в письменном виде по указанному мной адресу в установленный законом срок. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Приложения: | | | | | | | | |
| 1) | Копия доверенности – | | | |  | стр. | |
|  | | | | | | | | |
|  | |  |  |  | | |  | |
|  | |  |  | С уважением, | | |  | |
| «     »       20      г. | |  | / |  | | | / | |
|  | | *(подпись)* | | *(ФИО заявителя)* | | | | |