|  |
| --- |
| Министру здравоохранения |
|       |
| *(регион)* |
|       |
| *(ФИО министра)* |
| Адрес: |       |
|  | *(адрес министерства)* |
| От |       | , |
|  | *(ФИО доверенного лица)* |
| проживающего/ей по адресу: |
|       |
| *(адрес заявителя)* |
| Тел.: +7 | (     ) |       |
| e-mail: |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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)* |
| и нуждается в оказании паллиативной медицинской помощи. |

|  |  |
| --- | --- |
| По жизненным показаниям  |       |
|  | *(ФИО пациента)* |
| необходимо применение 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 медицинские изделия в данном перечне присутствуют. В поликлинике по месту жительства мне не предоставили информацию о том, какое медицинское учреждение их предоставит. |
| Прошу Вас проинформировать меня, какая медицинская организация предоставит |
|       |
| *(ФИО пациента)* |
| для использования на дому медицинские изделия, предназначенные для поддержания функций органов и систем организма человека, и принять меры для скорейшего обеспечения 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 доверенности –  |       | стр. |
| 2) | Копии медицинских документов – |       | стр. |
| 3) | Список необходимых медицинских изделий –  |       | стр. |
|  |
| «     »       20      г.  |       | / |       | / |
|  | *(подпись)* | *(ФИО заявителя)* |