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

**ЖАЛОБА**

**на нарушение права на посещение родственника в отделении реанимации**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я, |       | ,  |
|  | *(ФИО законного представителя)* |  |
| являюсь  |       |  |       | . |
| *(матерью / дочерью / иным родственником, законным представителем)* |  | *(ФИО пациента)* |
| В настоящее время |       | находится в отделении реанимации |
|  | *(моя мать / мой сын, пр.)* |  |
| и интенсивной терапии ГБУЗ |       |
|  | *(название медучреждения)* |  |
| Департамента здравоохранения г. Москвы. Лечащим врачом и заведующим отделения мне  |
| было отказано в посещении |       | . |
|  | *(матери/сына, пр.)* |
| Данным отказом нарушено право, установленное пунктом 15 части 1 статьи 79 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Кроме того, это является нарушением Приказа Департамента здравоохранения города Москвы от 29.06.2018 № 451 «Об организации посещений пациентов, находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии», в котором посещение родственниками пациентов в реанимации определено как круглосуточное. |

|  |  |
| --- | --- |
| Прошу в срочном порядке разрешить мне посещение |       |
|  | *(ФИО пациента)* |
| в отделении реанимации с      :      до      :      ежедневно (или укажите иной режим посещений).  |
| С правилами посещения родственниками пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии, содержащимися в информационно-методическом письме Минздрава России от 30 мая 2016 года № 15-1/10/1-2853 ознакомлен/на и обязуюсь соблюдать указанные в них требования. |
| Ответ на данное обращение прошу предоставить в письменной форме в кратчайшие сроки в  |
| связи с тяжелым состоянием |       | . |
|  | *(матери / сына, пр.)* |
| Приложения: |
| 1) | Копия паспорта – |       | стр. |       | экз. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| «     »       20      г.  |       | / |       | / |
|  | *(подпись)* | *(ФИО родственника)* |