Главному врачу \_\_(название медучреждения)\_

\_\_\_\_\_\_(ФИО главврача)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_(адрес медучреждения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

От \_\_\_(ФИО законного представителя ребенка)\_\_

(в интересах сына/дочери, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_(ФИО ребенка) \_\_\_\_\_\_\_\_, \_.\_\_.\_\_\_\_\_\_\_г.р.,

ребенка-инвалида),

проживающего/ей по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Я, \_\_\_(ФИО законного представителя ребенка)\_\_, являюсь отцом/матерью ребенка–инвалида \_\_\_(ФИО ребенка) \_\_\_\_, \_\_.\_\_.\_\_\_\_\_\_\_г.р., с диагнозом: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (являющегося носителем гастростомы, находящимся на зондовом питании, признанного нуждающимся в паллиативной помощи- указать нужное).

Согласно рекомендациям \_\_\_\_\_\_\_(указать специалиста или медучреждение)\_\_\_ моему ребенку по жизненным показаниям необходимо специализированное лечебное питание «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» (копию выписки/заключения с рекомендациями прилагаю).

В соответствии с ч. 15 ст. 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», назначение и применение специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.

Медицинские заключения по результатам решений, принятых врачебной комиссией, выдаются пациентам в соответствии с пунктом 17 Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений (утв. Приказом Министерства здравоохранения РФ от 14 сентября 2020 г. N 972н) в срок, не превышающий 3 рабочих дней после окончания медицинских мероприятий, медицинского обследования пациента, в том числе комиссионного.

Прошу Вас организовать рассмотрение врачебной комиссией вашего учреждения вопроса о назначении моему/моей сыну/дочери специализированного лечебного питания «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» по жизненным показаниям с оформлением соответствующего заключения и выдать мне его копию на руки. Ответ на данное обращение прошу предоставить в письменной форме в установленный законом срок.

Приложение:

1. Копия выписки/заключения- \_\_ стр., 1 экз.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. С уважением,

\_\_\_\_\_\_\_(подпись)\_\_\_\_/ФИО законного представителя ребенка/