|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Главному врачу | | | | |  | | |
|  | | | | | *(наименование медучреждения)* | | |
|  | | | | | | | |
| *(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 | | | |  | | | | | . |
|  | | | | *(название медучреждения)* | | | | |  |
| 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». | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Прошу в срочном порядке разрешить мне посещение | | |  | | | | | |
|  | | | *(ФИО пациента)* | | | | | |
| в отделении реанимации с      :      до      :      ежедневно (или укажите иной режим посещений). | | | | | | | | |
| С Общими требованиями к организации посещения пациента родственниками и иными членами семьи или законными представителями пациента в медицинской организации, в том числе в ее структурных подразделениях, предназначенных для проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий, при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях, утвержденными приказом Министерства здравоохранения РФ от 19 августа 2020 г. № 869н, ознакомлен 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)* | |