| Главному врачу | | | |  | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | *(наименование медучреждения)* | |
|  | | | | | |
| *(ФИО главного врача)* | | | | | |
| Адрес: | |  | | | |
|  | | *(адрес медучреждения)* | | | |
| От |  | | | | |
|  | *(ФИО законного представителя)* | | | | |
| (в интересах сына / дочери | | | | | |
|  | | | | | |
| *(ФИО ребенка)* | | | | | |
| «     »             г.р., | | | | | |
| *(дата рождения ребенка)* | | | | | |
| ребенка-инвалида), проживающего/ей по адресу: | | | | | |
|  | | | | | |
| *(адрес заявителя)* | | | | | |
| Тел.: +7 | | | (     ) | |  |
| e-mail: | | |  | | |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

| Я, |  | | | | | , |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *(ФИО родителя)* | | | | |  |
| являюсь отцом/матерью ребенка-инвалида | | |  |  | | |
|  | | | , | «     »             г. р. | | |
| *(ФИО ребенка)* | | |  | *(дата рождения ребенка)* | | |
| с диагнозом: | |  | | | . | |

| Мой/моя сын/дочь в силу имеющегося неизлечимого прогрессирующего заболевания 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 14 апреля 2025 г. № 208н/243н) медицинское заключение детям о нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи выдает врачебная комиссия медицинской организации, в которой осуществляется наблюдение и лечение ребенка. Врачебная комиссия оформляет заключение о наличии показаний к оказанию ребенку паллиативной медицинской помощи, которое вносится в медицинскую документацию ребенка, а копия заключения выдается на руки одному из родителей или иному законному представителю. |
| --- |
| В связи с вышеизложенным прошу Вас организовать рассмотрение вопроса о наличии показаний к оказанию моему/моей сыну/дочери паллиативной медицинской помощи врачебной комиссией Вашего учреждения с оформлением соответствующего заключения и выдать мне его копию на руки. |
| Ответ на данное обращение прошу предоставить в письменном виде по указанному мной адресу в установленный законом срок. |

|  |  |  | С уважением, |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| «     »       20      г. |  | / |  | / |
|  | *(подпись)* | | *(ФИО заявителя)* | |