| 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)* |