| Министру здравоохранения |
| --- |
|       |
| *(регион)* |
|       |
| *(ФИО министра)* |
| Адрес: |      |
|  | *(адрес министерства)* |
| От |       | , |
|  | *(ФИО пациента)* |
| проживающего/ей по адресу: |
|       |
| *(адрес заявителя)* |
| Тел.: +7 | (     ) |       |
| e-mail: |       |

| Я, |       | , | «     »             г.р. |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *(ФИО заявителя)* | *(дата рождения)* |
| с диагнозом |       | , |
|  | *(указать диагноз)* |  |
|       |
| *(являюсь инвалидом 1 группы, носителем трахео- и гастростомы, нахожусь дома на неинвазивной ИВЛ и пр. – указать нужное)* |
| и нуждаюсь в оказании паллиативной медицинской помощи. |
| По жизненным показаниям мне необходимо применение на дому медицинских изделий, что  |
| подтверждено |       | . |
|  | *(заключением специалиста, выпиской другой медицинской организации – указать нужное)* |
| Согласно части 4 статьи 36 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», при оказании паллиативной медицинской помощи пациенту предоставляются для использования на дому медицинские изделия, предназначенные для поддержания функций органов и систем организма человека. Перечень таких медицинских изделий утвержден приказом Министерства здравоохранения РФ от 09.07.2025 № 398 «Об утверждении перечня медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых пациенту при оказании паллиативной медицинской помощи для использования на дому». Необходимые мне медицинские изделия в данном перечне присутствуют. В поликлинике по месту жительства мне не предоставили информацию о том, какое медицинское учреждение их предоставит. |
| Прошу Вас проинформировать меня, какая медицинская организация предоставит мне для использования на дому медицинские изделия, предназначенные для поддержания функций органов и систем организма человека, и принять меры для скорейшего обеспечения согласно прилагаемому списку (      наименований).  |
| Ответ на данное обращение прошу предоставить в письменной форме на указанный адрес и по электронной почте в установленный законом срок. |

| Приложения: |
| --- |
| 1) | Копии медицинских документов – |       | стр. |
| 2) | Список необходимых медицинских изделий –  |       | стр. |
|  |
| «     »       20      г.  |       | / |       | / |
|  | *(подпись)* | *(ФИО заявителя)* |