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

| Я, |  | | | | | | | , представляю по | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *(ФИО доверенного лица)* | | | | | | |  | |
| доверенности | | |  | | от | «     »             г. (копию прилагаю) | | | |
|  | | | *(номер и дата доверенности)* | | | |  | | |
| интересы | |  | | | | | | | , |
|  | | *(ФИО пациента)* | | | | | | |  |
| «     »             г.р., | | | |  | | | | | , |
| *(дата рождения пациента)* | | | | *(инвалида \_ группы с детства, который(ая) страдает комплексом тяжелых заболеваний, или указать диагноз)* | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| *(который(ая) является носителем трахео- и гастростомы, или находится на зондовом питании, находится дома на ИВЛ/НИВЛ – указать нужное)* | | | | | | | | | |
| и нуждается в оказании паллиативной медицинской помощи. | | | | | | | | | | |

| По жизненным показаниям |  | |
| --- | --- | --- |
|  | *(ФИО пациента)* | |
| 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 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 | | |
|  | | |
| *(ФИО пациента)* | | |
| 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) | Копия доверенности – | | | |  | стр. | |
| 2) | Копии медицинских документов – | | | |  | стр. | |
| 3) | Список необходимых медицинских изделий – | | | |  | стр. | |
|  | | | | | | | | |
| «     »       20      г. | |  | / |  | | | / | |
|  | | *(подпись)* | | *(ФИО заявителя)* | | | | |