Главному врачу \_(название медучреждения)\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО главврача)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес медучреждения)\_\_\_\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО опекуна)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающего/ей по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являюсь опекуном \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_.\_\_.\_\_\_\_\_\_ г.р., инвалида \_\_ группы, который/ая страдает комплексом тяжелых заболеваний (или указать диагноз), является носителем трахео- и гастростомы (находится на зондовом питании/ на ИВЛ/НИВЛ- указать нужное) и нуждается в оказании паллиативной медицинской помощи.

В связи с нарушением питания моему подопечному необходима консультация врача диетолога/гастроэнтеролога для подбора и назначения смеси для энтерального лечебного питания.

В связи с тяжестью состояния моего подопечного, получающего паллиативную медицинскую помощь на дому, прошу организовать на дому консультацию врача диетолога/гастроэнтеролога для подбора и назначения продукта лечебного энтерального питания, в том числе при необходимости с применением телемедицинских технологий (в соответствии с приказом Минздрава России от 30 ноября 2017 года № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий»).

Ответ на данное обращение прошу предоставить в письменной форме на указанный адрес и по электронной почте.

Приложение: копия постановления об установлении опеки- \_\_ стр., 1 экз.

 «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. С уважением,

\_\_\_\_\_\_\_(подпись)\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ФИО опекуна\_\_\_\_\_/