Главному врачу \_(название медучреждения)\_

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

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

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

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО пациента)\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

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

Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_.\_\_.\_\_\_\_\_\_\_ г.р., являюсь инвалидом \_\_ группы, (носителем трахео- и гастростомы/ нахожусь на зондовом питании/ на ИВЛ/НИВЛ- указать нужное), страдаю комплексом тяжелых заболеваний (или указать диагноз) и нуждаюсь в оказании паллиативной медицинской помощи.

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

С учетом тяжести моего состояния, и в связи с тем, что мне оказывается паллиативная медицинская 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.

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

\_\_\_\_\_\_\_(подпись)\_\_\_\_ /\_\_\_\_ФИО пациента\_\_\_\_/