Главному врачу \_(название медучреждения)\_

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

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

от \_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО представителя )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

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

Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО представителя пациента)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, представляю по доверенности № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_.\_\_.\_\_\_\_\_\_\_г. (копию прилагаю) интересы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО пациента)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_.\_\_.\_\_\_\_\_\_ г.р., инвалида \_\_ группы, который/ая страдает комплексом тяжелых заболеваний (или указать диагноз), является носителем трахео- и гастростомы (находится на зондовом питании/ находится дома на ИВЛ/НИВЛ- указать нужное) и нуждается в оказании паллиативной медицинской помощи.

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

В связи с тяжестью состояния \_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО пациента)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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 доверенности- \_\_ стр., 1 экз.

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

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