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.

Согласно рекомендациям \_\_\_\_\_\_\_(указать специалиста или медучреждение)\_\_\_\_\_\_\_ мне необходимо применение смеси для лечебного (энтерального) питания «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» (копию выписки/заключения с рекомендациями прилагаю).

В соответствии с ч. 15 ст. 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», назначение и применение специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.

Прошу Вас организовать рассмотрение врачебной комиссией вверенного Вам учреждения вопроса о назначении мне продукта лечебного (энтерального) питания «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» по жизненным показаниям с оформлением соответствующего заключения и выдать мне его копию на руки.

Медицинские заключения по результатам решений, принятых врачебной комиссией, выдаются пациентам в соответствии с пунктом 17 Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений (утв. Приказом Министерства здравоохранения РФ от 14 сентября 2020 г. № 972н) в срок, не превышающий 3 рабочих дней после окончания медицинских мероприятий, медицинского обследования пациента, в том числе комиссионного.

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

Приложение: копия выписки/заключения- \_\_ стр., 1 экз.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_(подпись)\_\_\_\_/ФИО пациента/