Главному врачу \_(название медучреждения)\_

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

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

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

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

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

Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО представителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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.

Согласно рекомендациям \_\_\_\_\_\_\_(указать специалиста или медучреждение)\_\_\_ моему доверителю 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 моему доверителю 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: 1) копия выписки/заключения- \_\_ стр., 1 экз.

2) копия доверенности- \_\_ стр., 1 экз.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_(подпись)\_\_\_\_/\_\_ФИО представителя \_\_\_/