|  |
| --- |
| Руководителю Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере  |
| здравоохранения по |       |
|  | *(название региона)* |
|       |
| *(ФИО руководителя)* |
|       |
| *(адрес Территориального органа)* |
| От |       | , |
|  | *(ФИО заявителя)* |
| проживающего/ей по адресу: |
|       |
| *(адрес заявителя)* |
| Тел.: +7 | (     ) |       |
| e-mail: |       |

**ЖАЛОБА**

**на отказ в проведении врачебной комиссии или консилиума врачей с целью установления факта нуждаемости в паллиативной помощи**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Я, |       | , | «     »             г.р. |
|  | *(ФИО заявителя)* | *(дата рождения)* |
| с диагнозом |       | , |
|  | *(указать диагноз)* |  |
|       | . |
| *(являюсь инвалидом 1 группы, носителем трахео- и гастростомы, нахожусь дома на неинвазивной ИВЛ и пр. – указать нужное)* |
| В силу имеющегося неизлечимого прогрессирующего заболевания я нуждаюсь в оказании паллиативной медицинской помощи. |
|  |
| «     »             г. я обратилась/обратился с письменным заявлением на имя |
| главного врача |       |
|  | *(название медицинского учреждения)* |
| с просьбой организовать рассмотрение вопроса о наличии у меня показаний к оказанию паллиативной медицинской помощи врачебной комиссией или консилиумом врачей учреждения с оформлением соответствующего заключения и выдать мне его копию на руки.Однако, получил/получила ответ с отказом (копию прилагаю).Считаю, что тем самым нарушено мое право на получение паллиативной медицинской помощи, гарантированное статьей 36 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и Положением об организации оказания паллиативной медицинской помощи, утв. Приказом Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. N 345н/372н. Учитывая вышеизложенное, прошу принять необходимые меры для организации проведения врачебной комиссии или консилиума врачей с целью оформления заключения относительно моей нуждаемости в паллиативной помощи. |

|  |
| --- |
| Приложения: |
| 1) | Копия паспорта – |       | стр. |       | экз. |
| 2) | Копия ответа главврача – |       | стр. |       | экз. |
|  |
| «     »       20      г.  |       | / |       | / |
|  | *(подпись)* | *(ФИО заявителя)* |