|  |  |
| --- | --- |
| Главному врачу |       |
|  | *(наименование медучреждения)* |
|       |
| *(ФИО главного врача)* |
| Адрес: |       |
|  | *(адрес медучреждения)* |
| От |       | , |
|  | *(ФИО пациента)* |
| проживающего/ей по адресу: |
|       |
| *(адрес заявителя)* |
| Тел.: +7 | (     ) |       |
| e-mail: |       |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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. В соответствии с 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) медицинское заключение о нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи выдает врачебная комиссия или консилиум врачей медицинской организации, в которой осуществляется наблюдение пациента. Врачебная комиссия или консилиум врачей оформляют заключение, которое вносится в медицинскую документацию, а копия заключения выдается пациенту на руки. В связи с вышеизложенным прошу Вас организовать рассмотрение вопроса о наличии у меня показаний к оказанию паллиативной медицинской помощи врачебной комиссией или консилиумом врачей вашего учреждения с оформлением соответствующего заключения и выдать мне его копию на руки. |
| Ответ на данное обращение прошу предоставить в письменном виде по указанному мной адресу в установленный законом срок. |

|  |
| --- |
|  |
|  |  |  | С уважением, |  |
| «     »       20      г.  |       | / |       | / |
|  | *(подпись)* | *(ФИО заявителя)* |