Министру здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(регион)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(**ФИО министра)\_\_**\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_(адрес министерства)\_\_\_\_\_\_

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

тел.: +7 (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_.\_\_.\_\_\_\_\_\_\_ г.р., с диагнозом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являюсь инвалидом 1 группы, (носителем трахео- и гастростомы/ нахожусь дома на неинвазивной ИВЛ- указать нужное) и нуждаюсь в оказании паллиативной медицинской помощи.

По жизненным показаниям мне необходимо использование медицинских изделий. Согласно части 4 статьи 36 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", при оказании паллиативной медицинской помощи пациенту предоставляются для использования на дому медицинские изделия, предназначенные для поддержания функций органов и систем организма человека. Перечень таких медицинских изделий утвержден приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 мая 2019 г. N 348н "Об утверждении перечня медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому". Необходимые мне медицинские изделия в данном перечне присутствуют.

В связи с вышеизложенным прошу Вас принять меры для предоставления мне медицинских изделий согласно прилагаемому списку (\_\_ наименований).

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

Приложение:

1. Копия назначения на использование медицинских изделий- \_ стр.
2. Список необходимых медицинских изделий- \_\_ стр.

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ФИО\_\_\_\_\_\_\_/