Главному врачу \_\_\_(название учреждения)\_\_

(ФИО главврача)

\_\_\_\_\_\_\_(адрес учреждения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

От \_\_\_(ФИО законного представителя)\_\_\_\_\_\_

(в интересах сына/дочери \_\_\_(ФИО ребенка)\_\_\_\_, \_\_.\_\_. г.р., ребенка-инвалида),

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

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, отец/мать ребенка– инвалида, \_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО ребенка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_.\_\_.\_\_\_\_ г.р., с диагнозом: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Мой/моя сын/дочь в силу имеющегося неизлечимого прогрессирующего заболевания нуждается 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 детям о нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи выдает врачебная комиссия медицинской организации, в которой осуществляется наблюдение и лечение ребенка. Врачебная комиссия оформляет заключение о наличии показаний к оказанию ребенку паллиативной медицинской помощи, которое вносится в медицинскую документацию ребенка, а копия заключения выдается на руки одному из родителей или иному законному представителю.

В связи с вышеизложенным прошу Вас организовать рассмотрение вопроса о наличии показаний к оказанию моему/моей сыну/дочери паллиативной медицинской помощи врачебной комиссией 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.

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 года С уважением,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ ФИО законного представителя/