

Главному врачу _____

_____ (наименование учреждения, ФИО гл. врача)

от _____

(ФИО родителя)

действующей/его в интересах сына/дочери

_____, (ФИО ребенка, дата рождения)

проживающей по адресу: _____

_____,
Телефон: _____

заявление.

Я, _____, отец/мать ребенка,
_____(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.

«__» _____ 2020

_____/_____
Подпись / ФИО законного представителя