Руководителю Органа управления здравоохранения (Министру здравоохранения/руководителю комитета/руководителю департамента)

по [*наименование субъекта РФ*]

от [*фамилия, имя и отчество пациента в родительном падеже*]

Адрес проживания: [*адрес*]

Телефон: [*телефон*]

ОБРАЩЕНИЕ

Я наблюдаюсь в [*название поликлиники, структурного отделения поликлиники*] у лечащего врача [*фамилия и инициалы врача*]. Я страдаю заболеванием [*диагноз*] в течение [*временной промежуток в месяцах или годах*], имею рекомендацию от [*наименование врача-специалиста*] на получение лекарственного препарата [*наименование препарата*] (см. Приложение 1) и получаю этот лекарственный препарат в течение [*временной промежуток в месяцах или годах*].

[*Дата*] я был(а) на приеме у лечащего врача, который(ая) отказался(лась) выписать льготный рецепт на [*название лекарственного препарата*] для лечения [*диагноз*], ссылаясь на отсутствие лекарственного препарата в аптеке. Таким образом, мне было отказано в медицинской помощи, лечение я не получаю.

[*Дата регистрации обращения*] я зарегистрировал(а) письменное обращение в адрес администрации [*название поликлиники, структурного отделения поликлиники*] с описанием ситуации и просьбой обеспечить меня лекарственным препаратом для лечения [*диагноз*]. В ответе на мое обращение [*фамилия и инициалы, должность должностного лица, подписавшего ответ на обращение*], отказал(а) мне в обеспечении лекарственным препаратом (см. Приложение 2).

На сегодняшний день я продолжаю оставаться без лечения / вынужден(а) покупать лекарственный препарат [*наименование препарата*] за свой счет для продолжения лечения.

Прошу содействовать обеспечению меня препаратом для лечения моего заболевания.

Приложения

1. Копия рекомендации на получение лекарственного препарата.
2. Копия ответа [*фамилия и инициалы, должность должностного лица, подписавшего ответ на обращение*] на обращение от [*дата регистрации обращения*].

Дата: Подпись: