Руководителю Территориального органа

федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения

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*]. Я обратился (обратилась) [д*ата обращения*] к лечащему врачу по поводу отсутствия терапевтического эффекта от приема лекарственного препарата. Администрация [*название поликлиники, структурного отделения поликлиники*] направила в Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения [*наименование региона*] «Извещение о побочном действии, нежелательной реакции или отсутствии ожидаемого терапевтического эффекта лекарственного средства». С [д*ата прекращения приема лекарственного препарата*] я не получаю лечения. Лечащий врач не назначает мне лекарственный препарат [*наименование препарата*] для лечения [*диагноз*], ссылаясь на то, что этот лекарственный препарат не входит в стандарт лечения.

[*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.

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: