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*]. Несмотря на регулярное амбулаторное лечение и лечение в условиях специализированного стационара*,* в течение последних [*временной промежуток в месяцах*] месяцев состояние моего здоровья значительно ухудшилось, в результате чего возникла необходимость освидетельствования в бюро МСЭ с целью установления группы инвалидности.

[*Дата*] я был(а) на приеме у лечащего врача, который(ая) отказался(лась) направить меня на переосвидетельствование, ссылаясь на то, что не видит у меня нарушений здоровья, достаточных для установления инвалидности. [*Дата*] я обратился(обратилась) на врачебную комиссию, там мне тоже было отказано в направлении. На мою просьбу о выдаче справки об отказе в оформлении формы ответили отказом.

[*Дата*] я был(а) на приеме у Главного врача, который(ая) отказал(а) в обеспечении меня направлением на МСЭ, ссылаясь на ту же причину. В связи с отказом, я потребовал(а) выдать мне справку об отказе, с которой я планирую обратиться в бюро МСЭ самостоятельно. Но по итогам моего устного обращения, вновь был получен отказ.

[*Дата регистрации обращения*] я зарегистрировал(а) письменное обращение в адрес администрации [*название поликлиники, структурного отделения поликлиники*] с описанием ситуации и просьбой предоставить мне справку об отказе в направлении (см. Приложение 1). В ответе на мое обращение [*фамилия и инициалы, должность должностного лица, подписавшего ответ на обращение*], отказал(а) мне (см. Приложение 2).

Прошу содействовать предоставлению мне справки об отказе.

Приложения:

1. Копия обращения в адрес администрации [*название поликлиники, структурного отделения поликлиники*] от [*дата регистрации обращения*].

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

Дата: Подпись: