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 [*1,2,3*] группу инвалидности с [*дата последнего освидетельствования*]. Через [*временной промежуток в месяцах*] месяцев назначено очередное переосвидетельствование в бюро МСЭ, в результате чего возникла необходимость получения направления из поликлиники.

[*Дата*] я был(а) на приеме у лечащего врача, который(ая) назначил мне несколько консультаций специалистов [*наименование специальностей*] и диагностические исследования [*названия*]. Мною были предприняты все возможные варианты записи – через интернет, по телефону, через регистратуру, но талонов или нет, или предлагают срок ожидания, превышающий предельные сроки ожидания, указанные в территориальной программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

[Дата] я был(а) на приеме у [*должность, фамилия и инициалы представителя администрации поликлиники*], который(ая) отказался(лась) обеспечить меня медицинскими услугами с соблюдением предельных сроков ожидания, оговоренных в ТПГГ, ссылаясь на большую загруженность специалистов в поликлинике. Таким образом, мне было отказано в медицинской помощи.

[*Дата регистрации обращения*] я зарегистрировал(а) письменное обращение в адрес администрации [*название поликлиники, структурного отделения поликлиники*] с описанием ситуации и просьбой предоставить мне медицинские услуги, связанные с подготовкой направительных документов на МСЭ, в рамках сроков ожидания, предусмотренных ТПГГ. В ответе на мое обращение [*фамилия и инициалы, должность должностного лица, подписавшего ответ на обращение*], отказал(а) мне. (см. Приложение).

Прошу содействовать предоставлению мне медицинских услуг, необходимых для подготовки к освидетельствованию в МСЭ, в сроки, гарантированные ТПГГ.

Приложение

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

Дата: Подпись: