Министру здравоохранения области

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название территориального министерства здравоохранения)

От застрахованного лица

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

Полис ОМС № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**З А Я В Л Е Н И Е**

На основании решения врачебной комиссии ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мне определены показания для госпитализации в Институт и оформлен соответствующий вызов на установленную дату госпитализации.

Лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отказывается выдать мне направление на госпитализацию установленной формы № 057/у-04.

В соответствии с требованиями п.1 ст. 11, пп. 1 п. 5 ст. 19 и п 1 ст.21 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 27.12.2018) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и п. 13 Приказа Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи" прошу Вас обеспечить моё право на доступность и качество медицинской помощи.

С учетом моего состояния здоровья и установленной даты госпитализации на «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. прошу рассмотреть моё заявление в приоритетном порядке и в кротчайшие сроки.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_