

Руководителю органа исполнительной власти субъекта
РФ в сфере охраны здоровья

Вх № от

(наименование органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья,
принявшего заявление)

От _____
ФИО пациента

Дата рождения _____

Паспорт серия/номер _____

Адрес регистрации _____

Телефон для связи _____

Заявление.

Прошу провести проверку по факту отказа _____

_____ (учреждение, отказавшее в выдаче направления) в выдаче мне направления по форме № 057/У-04 на госпитализацию в ООО «Клиника доктора Шаталова». В связи с наличием у меня заболевания Клиника ООО «Клиника доктора Шаталова» подтвердила готовность оказать мне медицинскую помощь по ОМС в рамках программы Государственных гарантий (реестровый номер 480095, юридический адрес: Липецкая область, г. Елец, ул. Новолипецкая 38). Реализовав свое право на выбор медицинской организации (п. 12 приказа МЗ РФ от 21 декабря 2012 г. 1342н), Я обратился (лась) к своему лечащему врачу _____ (ФИО врача) для выдачи мне направлений, но получил(-а) отказ.

Согласно части 1 статьи 16 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» застрахованные лица имеют право на бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая **на всей территории Российской Федерации** в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского, страхования. В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и ст.16 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», прошу выдать направление на госпитализацию в указанную медицинскую организацию. Считаю, что действия моего лечащего врача, _____ (ФИО врача и место его работы), выразившиеся в отказе выдать направление на госпитализацию по форме № 057/У-04, являются незаконными и квалифицируются как **отказ в предоставлении мне медицинской помощи и нарушают мои конституционные права**, что, в свою очередь, влечет за собой ответственность медицинской организации и соответствующего

медицинского работника в рамках гражданского, административного и уголовного законодательства.

В случае отказа в выдаче мне направления, оставляю за собой право на обращение в надзорные органы в сфере исполнения законодательства РФ (Прокуратура РФ) и на судебную защиту моих нарушенных прав.

Ответ по моему заявлению прошу направить на электронную почту и заказным письмом по адресу моей регистрации.

Приложение:

1. Приглашение на плановую операцию в ООО «Клиника доктора Шаталова».

Подпись

дата