

Главному врачу

(название медицинской организации)

От застрахованного лица

(Ф.И.О.)

Полис ОМС № _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

На основании решения врачебной комиссии ООО «МЦ ПАЛЛАДИУМ» от «__» _____ 20__ г. № _____ мне определены показания для госпитализации в Медицинский центр 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 № 323-ФЗ (ред. от 26.03.2022) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и п.13 Приказа Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 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 мое право на доступность и качество медицинской помощи.

С учетом моего состояния здоровья и установленной даты госпитализации на «__» _____ 20__ г. прошу рассмотреть мое заявление в приоритетном порядке и в кратчайшие сроки.

Дата _____

Подпись _____