Руководителю

[*название медицинской страховой компании*]

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*]. Имею \_ группу инвалидности. 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 переосвидетельствования в бюро МСЭ с целью пересмотра группы инвалидности.

[*Дата*] я был(а) на приеме у лечащего врача, который(ая) согласилась с тем, что произошло ухудшение моего состояния, но отказался(лась) направить меня на переосвидетельствование, ссылается на то, что срок переосвидетельствования еще не подошел.

В Постановлении Правительства РФ от 05.04.2022 N 588 «О признании лица инвалидом нет запретов на освидетельствование лица при ухудшении состояния.

В связи с вышеизложенным, прошу вас провести экспертизу качества моего лечения в поликлинике \_\_\_

Дата: Подпись: