Руководителю территориального органа РЗН по… области (края, республики)

от [*фамилия, имя и отчество пациента в родительном падеже*]

Адрес проживания: [*адрес*]

Полис ОМС : номер

Телефон: [*телефон*]

Обращение

Я наблюдаюсь в [*название поликлиники, структурного отделения поликлиники*]. В медицинском центре [*название центра*] [*дата получения рекомендации*] врач [*фамилия и инициалы врача-консультанта*] рекомендовал мне высокотехнологичной медицинской помощи (см. Приложение 1). [*Дата приема у лечащего врача*] мой лечащий врач [*фамилия и инициалы лечащего врача*] отказался(лась) признать наличие у меня показаний к высокотехнологичной медицинской помощи.

[*Дата обращения в администрацию поликлиники*] я обратился(лась) в администрацию поликлиники с просьбой созвать врачебную комиссию для рассмотрения вопроса о наличии у меня показаний к высокотехнологичной медицинской помощи. Врачебная комиссия не обнаружила у меня показаний к оказанию мне высокотехнологичной медицинской помощи (см. Приложение 2).

С решением врачебной комиссии я не согласен(сна). Прошу вас произвести экспертизу качества оказанной мне медицинской помощи.

Приложения

1. Копия рекомендации из медицинского центра.

2. Копия протокола врачебной комиссии с отказом в направлении на ВМП.

Дата: Подпись: