Главному врачу

[*название поликлиники*]

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*]. Я страдаю заболеванием [*диагноз*] в течение [*временной промежуток в месяцах или годах*], с [*дата начала приема препарата*] получаю лекарственный препарат [*наименование препарата*]. Я обратился (обратилась) [д*ата обращения*] к лечащему врачу по поводу отсутствия терапевтического эффекта от приема лекарственного препарата. Лечащий врач отказался фиксировать в амбулаторной карте отсутствие терапевтического эффекта, ссылаясь на необходимость регистрации отсутствия терапевтического эффекта у врача-специалиста / на отсутствие возможности замены другим лекарственным препаратом.

Прошу зафиксировать отсутствие терапевтического эффекта для того, чтобы впоследствии принять решение об обеспечении меня другим лекарственным препаратом для лечения [*диагноз*].

Дата: Подпись: