

Начальнику медичної частини № ____
філії ДУ «Центр охорони здоров'я ДКВС
України»

від _____
(ПІБ)

Статус:
☐ особа, взята під варту
☐ засуджений(а)

Установа: _____
(повне найменування)

Камера / відділення / дільниця №: _____

Стаття КК України: _____

Строк покарання (для засудженого): _____

ЗАЯВА

про проведення медичного огляду та надання медичної допомоги

Я, _____, перебуваю в
_____.

На цей час маю такі скарги на стан здоров'я:

Зазначені симптоми виникли _____ та тривають протягом
_____.

Стан здоров'я:
☐ залишається без змін;
☐ поступово погіршується;
☐ різко погіршився.

Раніше з цього приводу я звертався(лася) по медичну допомогу:

☐ ні;

☐ так, «__» _____ 20__ року. За результатами звернення:

Маю встановлені діагнози / хронічні захворювання (за наявності):

Приймаю такі лікарські засоби або раніше отримував(ла) таке лікування:

У зв'язку з викладеним ПРОШУ:

1. Провести мій медичний огляд та надати оцінку стану здоров'я.
2. За медичними показаннями призначити необхідні обстеження, лікування та лікарські засоби.
3. У разі необхідності забезпечити консультацію відповідного лікаря-спеціаліста та/або направлення до закладу охорони здоров'я.
4. Внести відомості про мої скарги, результати огляду, встановлений діагноз, призначені обстеження та лікування до медичної документації.
5. Повідомити мене про результати розгляду цієї заяви та прийняті медичні рішення.

У разі встановлення стану, який потребує невідкладної медичної допомоги, прошу забезпечити її надання без зволікань.

Дата: «__» _____ 20__ року

Підпис: _____

ПІБ: _____