

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 невідкладне надання медичної допомоги**

Я, _____, перебуваю в
_____.

Мій стан здоров'я різко погіршився / маю симптоми, які потребують невідкладної оцінки медичним працівником.

На цей час маю такі скарги:

Зазначені симптоми виникли «__» _____ 20__ року приблизно о ____ годині /
тривають протягом _____.

На цей час мій стан:

- ☐ різко погіршується;
☐ супроводжується сильним болем;
☐ супроводжується втратою свідомості / запамороченням;
☐ супроводжується утрудненням дихання;
☐ супроводжується кровотечею;
☐ супроводжується високою температурою;
☐ інше: _____.

Маю такі встановлені діагнози / хронічні захворювання, які можуть мати значення для оцінки мого стану:

Раніше у зв'язку з цим станом звертався(лася) по медичну допомогу:

☐ ні;

☐ так, «__» _____ 20__ року. Було призначено / проведено:

У зв'язку з різким погіршенням стану здоров'я та можливим ризиком для мого життя і здоров'я ПРОШУ:

1. Невідкладно забезпечити огляд медичним працівником та оцінити мій стан здоров'я.
2. Надати необхідну медичну допомогу відповідно до встановлених медичних показань.
3. За наявності показань невідкладно викликати бригаду екстреної медичної допомоги та/або забезпечити мою госпіталізацію до закладу охорони здоров'я.
4. За необхідності забезпечити проведення невідкладних лабораторних, інструментальних та інших досліджень і консультацій лікарів-спеціалістів.
5. Зафіксувати мої скарги, час звернення, результати огляду, встановлений діагноз, надану медичну допомогу та прийняті медичні рішення у медичній документації.

Прошу розглянути цю заяву невідкладно, з урахуванням характеру зазначених симптомів та фактичного стану мого здоров'я.

Дата: «__» _____ 20__ року

Час подання заяви: ____ год. ____ хв.

Підпис: _____

ПІБ: _____