

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 направлення на обстеження та консультацію лікаря-спеціаліста

Я, _____, перебуваю в
_____.

Маю такі скарги на стан здоров'я:

Зазначені симптоми тривають з _____ та:

- ☐ не зникають;
- ☐ посилюються;
- ☐ періодично повторюються;
- ☐ призводять до погіршення загального стану здоров'я.

Маю встановлений діагноз / хронічне захворювання:

Раніше проходив(ла) такі обстеження та/або консультації:

Лікарем раніше було рекомендовано консультацію спеціаліста / проведення обстеження:

☐ ні;

☐ так, «__» _____ 20__ року, а саме:

На цей час рекомендована консультація / обстеження:

- ☐ не проведена(е);
- ☐ проведена(е) не в повному обсязі;
- ☐ потребує повторного проведення у зв'язку з погіршенням стану здоров'я.

У зв'язку з викладеним ПРОШУ:

1. Провести медичний огляд та визначити необхідний обсяг подальшого обстеження.
2. За наявності медичних показань забезпечити консультацію відповідного лікаря-спеціаліста: _____.
3. Забезпечити проведення необхідних лабораторних, інструментальних та інших досліджень відповідно до медичних показань.
4. У разі неможливості проведення необхідної консультації або обстеження в медичній частині забезпечити направлення до закладу охорони здоров'я, де така медична допомога може бути надана.
5. Внести до медичної документації мої скарги, результати огляду, призначені обстеження, направлення, висновки та рекомендації лікаря-спеціаліста.
6. Повідомити мене про прийняте медичне рішення та порядок проведення призначеного обстеження і консультації.

Додатки (за наявності):

- ☐ копії попередніх медичних висновків;
- ☐ результати лабораторних та інструментальних досліджень;
- ☐ рекомендації лікаря-спеціаліста;
- ☐ інші медичні документи: _____.

Дата: «__» _____ 20__ року

Підпис: _____

ПІБ: _____