

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 госпіталізацію до закладу охорони здоров'я

Я, _____, перебуваю в
_____.

Маю такі встановлені діагнози / захворювання:

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

Мій стан здоров'я:

- ☐ погіршується;
☐ тривалий час не покращується;
☐ супроводжується сильним або постійним болем;
☐ призначене лікування не дає належного результату;
☐ потребує постійного медичного спостереження;
☐ потребує обстеження або лікування, яке неможливо провести в умовах медичної частини;
☐ інше: _____.

Раніше мені проводилися такі обстеження та лікування:

Лікарем / лікарями раніше було рекомендовано госпіталізацію:

☐ ні;

☐ так, «__» _____ 20__ року, до _____

Рекомендована госпіталізація:

- ☐ не проведена;
☐ була відкладена;

☐ була перервана;

☐ інше: _____.

У зв'язку з викладеним ПРОШУ:

1. Провести медичний огляд та оцінити мій актуальний стан здоров'я.
2. За наявності медичних показань вирішити питання про мою госпіталізацію до закладу охорони здоров'я відповідного профілю.
3. Якщо необхідні обстеження, лікування або медичне спостереження неможливо забезпечити в умовах медичної частини, організувати направлення та госпіталізацію до закладу, спроможного надати необхідну медичну допомогу.
4. У разі невідкладного стану забезпечити виклик бригади екстреної медичної допомоги та госпіталізацію без зволікань відповідно до медичних показань.
5. Внести до моєї медичної документації результати огляду, висновок щодо наявності або відсутності показань до госпіталізації, призначення та прийняті медичні рішення.
6. У разі відсутності медичних показань до госпіталізації ознайомити мене з відповідним медичним рішенням та визначити подальший план обстеження і лікування.

Додатки (за наявності):

☐ медичні висновки;

☐ результати лабораторних та інструментальних досліджень;

☐ виписки із закладів охорони здоров'я;

☐ рекомендація щодо госпіталізації;

☐ інші медичні документи: _____.

Дата: «__» _____ 20__ року

Підпис: _____

ПІБ: _____