

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 забезпечення призначеними лікарськими засобами та
лікуванням

Я, _____, перебуваю в
_____.

Маю встановлений діагноз / захворювання:

За результатами медичного огляду / консультації лікаря від «__» _____ 20__ року
мені було призначено таке лікування:

Зокрема, призначені такі лікарські засоби:

На цей час призначене лікування:

- ☐ не розпочато;
- ☐ проводиться не в повному обсязі;
- ☐ було перервано;
- ☐ лікарські засоби видаються нерегулярно;
- ☐ окремі призначені лікарські засоби не надаються;
- ☐ призначений лікарський засіб був замінений іншим;
- ☐ інше: _____.

Лікарські засоби / лікування не отримую або отримую неналежним чином з «__»
_____ 20__ року.

У зв'язку з відсутністю або перериванням призначеного лікування мій стан здоров'я:

- ☐ погіршився;
- ☐ з'явилися / посилилися симптоми;
- ☐ залишається без покращення;
- ☐ інше: _____.

У зв'язку з викладеним ПРОШУ:

1. Перевірити виконання зроблених мені медичних призначень та забезпечити проведення призначеного лікування відповідно до медичних показань.
2. Забезпечити мене призначеними лікарськими засобами у визначеному лікарем дозуванні, порядку та протягом установленого строку лікування.
3. Не допускати необґрунтованого переривання призначеного курсу лікування.
4. У разі відсутності призначеного лікарського засобу або необхідності його заміни забезпечити прийняття відповідного рішення лікарем з урахуванням мого стану здоров'я, медичних показань та можливих протипоказань.
5. У разі переривання або неналежного виконання лікування провести медичний огляд та оцінити його можливі наслідки для мого здоров'я, а за необхідності скоригувати подальше лікування.
6. Внести до медичної документації відомості про фактично надані лікарські засоби, проведене лікування, його зміни та відповідні медичні рішення.
7. Повідомити мене про результати розгляду цієї заяви та подальший порядок отримання призначеного лікування.

Додатки (за наявності):

- ☐ копія медичного висновку / призначення;
- ☐ виписка із закладу охорони здоров'я;
- ☐ рекомендації лікаря-спеціаліста;
- ☐ інші медичні документи: _____.

Дата: «__» _____ 20__ року

Підпис: _____

ПІБ: _____