

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 лабораторних та інструментальних досліджень**

Я, \_\_\_\_\_, перебуваю в  
\_\_\_\_\_.

Маю встановлений діагноз / захворювання:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Зазначені симптоми тривають з \_\_\_\_\_ та:

- ☐ не зникають;
- ☐ посилюються;
- ☐ періодично повторюються;
- ☐ супроводжуються погіршенням загального стану здоров'я;
- ☐ інше: \_\_\_\_\_.

Лікарем / лікарем-спеціалістом від «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ року мені було рекомендовано  
/ призначено такі дослідження:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

На цей час зазначені дослідження:

- ☐ не проведені;
- ☐ проведені частково;
- ☐ потребують повторного проведення;
- ☐ результати проведених досліджень мені не повідомлені;
- ☐ інше: \_\_\_\_\_.

У зв'язку з викладеним ПРОШУ:

1. Провести медичний огляд та визначити необхідний обсяг лабораторних, інструментальних та інших діагностичних досліджень відповідно до мого стану здоров'я та медичних показань.

2. Забезпечити проведення раніше призначених / рекомендованих досліджень, а саме:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. У разі неможливості проведення необхідного дослідження в медичній частині забезпечити його проведення у закладі охорони здоров'я, який має відповідні можливості.

4. Після отримання результатів досліджень забезпечити їх оцінку лікарем та, за необхідності, визначити подальшу тактику обстеження і лікування.

5. Внести результати проведених досліджень, їх медичну оцінку та відповідні призначення до моєї медичної документації.

6. Ознайомити мене з результатами проведених досліджень та медичними висновками щодо них у порядку, передбаченому законодавством.

Додатки (за наявності):

- ☐ направлення / призначення лікаря;
- ☐ висновки лікаря-спеціаліста;
- ☐ результати попередніх досліджень;
- ☐ виписка із закладу охорони здоров'я;
- ☐ інші медичні документи: \_\_\_\_\_.

Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

Підпис: \_\_\_\_\_

ПІБ: \_\_\_\_\_