

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 обстеження та лікування у закладі охорони здоров'я поза
системою ДКВС

Я, _____, перебуваю в
_____.

Маю встановлений діагноз / захворювання:

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

Раніше мені проводилися такі обстеження, консультації та лікування:

Маю рекомендації щодо проведення додаткового обстеження / консультації / лікування:

Необхідність звернення до закладу охорони здоров'я поза системою ДКВС пов'язана з такими обставинами:

- ☐ необхідне обстеження не може бути проведене в медичній частині;
- ☐ необхідна консультація лікаря відповідної спеціальності;
- ☐ необхідне спеціалізоване лікування;
- ☐ раніше отримано відповідну рекомендацію лікаря;
- ☐ необхідне медичне обладнання / дослідження відсутнє за місцем мого перебування;
- ☐ інше: _____.

Бажаний заклад охорони здоров'я / лікар-спеціаліст (якщо відомо):

У зв'язку з викладеним ПРОШУ:

1. Провести медичний огляд та оцінити необхідність проведення зазначених обстежень, консультацій та/або лікування.
2. За наявності медичних показань та у випадку, якщо необхідна медична допомога не може бути забезпечена за місцем мого перебування, організувати її надання у відповідному закладі охорони здоров'я в порядку, передбаченому законодавством.
3. Розглянути можливість проведення необхідного обстеження, консультації та/або лікування у закладі охорони здоров'я поза системою ДКВС відповідно до встановленого порядку.
4. Забезпечити передачу лікарю, який проводитиме консультацію або лікування, необхідної медичної інформації та результатів попередніх досліджень у встановленому законодавством порядку.
5. Долучити отримані медичні висновки, результати досліджень та рекомендації до моєї медичної документації та врахувати їх під час визначення подальшої тактики лікування.
6. Повідомити мене про прийняте рішення та подальший порядок організації необхідної медичної допомоги.

Додатки (за наявності):

- ☐ висновок / рекомендація лікаря;
- ☐ результати попередніх досліджень;
- ☐ виписка із закладу охорони здоров'я;
- ☐ документи щодо можливості проведення консультації / обстеження;
- ☐ інші медичні документи: _____.

Дата: «__» _____ 20__ року

Підпис: _____

ПІБ: _____