

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 медичного огляду та фіксацію тілесних ушкоджень

Я, _____, перебуваю в
_____.

На моєму тілі наявні тілесні ушкодження та/або я маю скарги на стан здоров'я, у зв'язку з чим прошу провести невідкладний медичний огляд та належним чином зафіксувати його результати.

Дата та орієнтовний час отримання / виявлення ушкоджень:
«__» _____ 20__ року, приблизно о ____ год.

Обставини, за яких були отримані ушкодження:

Наявні тілесні ушкодження:

Місце розташування ушкоджень на тілі:

Скарги на стан здоров'я:

- ☐ біль;
- ☐ головний біль / запаморочення;
- ☐ нудота / блювання;
- ☐ утруднене дихання;
- ☐ кровотеча;
- ☐ порушення рухливості;
- ☐ порушення зору / слуху;
- ☐ втрата свідомості;
- ☐ інші скарги: _____.

Чи звертався(лася) я раніше за медичною допомогою у зв'язку з цими ушкодженнями:

- ☐ ні;
- ☐ так, коли і до кого: _____

У зв'язку з викладеним ПРОШУ:

1. Невідкладно провести мій медичний огляд.
2. Детально зафіксувати в медичній документації всі виявлені тілесні ушкодження, їх локалізацію, характер, розміри, зовнішній вигляд та інші медично значущі ознаки.
3. Зафіксувати в медичній документації мої скарги, повідомлені мною обставини та час отримання ушкоджень, а також результати медичного огляду.
4. За наявності медичних показань провести необхідні лабораторні та інструментальні дослідження, забезпечити консультацію лікаря-спеціаліста та надати необхідну медичну допомогу.
5. За наявності можливості та відповідно до встановленого порядку провести фотографування виявлених тілесних ушкоджень та долучити відповідні матеріали до медичної документації.
6. У разі виявлення ознак насильства або інших обставин, які відповідно до законодавства потребують повідомлення компетентних органів, забезпечити здійснення такого повідомлення у встановленому порядку.
7. Надати мені можливість ознайомитися із записом про проведений медичний огляд та отримати копію відповідного медичного документа або виписку з нього в установленому порядку.

У разі погіршення мого стану здоров'я або наявності ознак невідкладного стану прошу забезпечити надання необхідної медичної допомоги без зволікань.

Додаткова інформація, яку вважаю необхідним зафіксувати:

Дата: «__» _____ 20__ року

Час подання заяви: _____ год. _____ хв.

Підпис: _____

ПІБ: _____