

Начальнику філії
ДУ «Центр охорони здоров'я ДКВС України»

від _____
(ПІБ)

Статус:
☐ особа, взята під варту
☐ засуджений(а)

Установа: _____
(повне найменування)

Медична частина №: _____

Камера / відділення / дільниця №: _____

Стаття КК України: _____

Строк покарання (для засудженого): _____

СКАРГА

щодо неналежного надання або ненадання медичної допомоги

Я, _____, перебуваю в
_____.

Маю захворювання / встановлений діагноз:

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

За медичною допомогою я звертався(лася):

«__» _____ 20__ року;

«__» _____ 20__ року;

інші звернення: _____.

Звернення подавалися:

☐ до медичної частини;

☐ лікарю / медичному працівнику;

☐ адміністрації установи;

☐ інше: _____.

За результатами моїх звернень:

☐ медичний огляд не проведено;

☐ медична допомога не надана;

☐ необхідні обстеження не проведені;

☐ консультація лікаря-спеціаліста не організована;

☐ призначене лікування не розпочато;

☐ призначене лікування перервано або проводиться не в повному обсязі;

☐ призначені лікарські засоби не надаються;

☐ госпіталізація не проведена / необґрунтовано затримується;

☐ рекомендації лікаря або закладу охорони здоров'я не виконуються;

☐ інше: _____.

Коротко описую обставини ненадання або неналежного надання медичної допомоги:

Унаслідок цього мій стан здоров'я:

- ☐ не покращується;
- ☐ погіршується;
- ☐ істотно погіршився;
- ☐ з'явилися нові симптоми / ускладнення:

У зв'язку з викладеним ПРОШУ:

1. Перевірити викладені у цій скарзі обставини щодо ненадання або неналежного надання мені медичної допомоги.
2. Забезпечити проведення належного медичного огляду та оцінку мого актуального стану здоров'я.
3. За медичними показаннями забезпечити необхідні обстеження, консультації лікарів-спеціалістів, лікування, лікарські засоби та, за необхідності, госпіталізацію.
4. Перевірити виконання раніше наданих медичних рекомендацій і призначень та причини їх невиконання або несвоечасного виконання.
5. У разі встановлення порушень вжити заходів для їх невідкладного усунення та недопущення подальшої перерви у наданні необхідної медичної допомоги.
6. Забезпечити належне внесення до медичної документації відомостей про мої звернення, скарги, результати оглядів і досліджень, встановлені діагнози, призначення та фактично проведене лікування.
7. Повідомити мене про результати розгляду цієї скарги, встановлені обставини та вжиті заходи.

Якщо мій стан потребує невідкладної медичної допомоги, прошу забезпечити її надання без зволікань, незалежно від строку розгляду цієї скарги.

Додатки (за наявності):

- ☐ копії попередніх заяв / звернень;
- ☐ медичні висновки та виписки;
- ☐ результати обстежень;
- ☐ призначення / рекомендації лікарів;
- ☐ відповіді медичної частини або адміністрації установи;
- ☐ інші документи: _____.

Дата: «__» _____ 20__ року

Підпис: _____

ПІБ: _____