

Уповноваженому Верховної Ради України
з прав людини

від _____
(ПІБ)

Статус:

☐ особа, взята під варту

☐ засуджений(а)

Установа: _____
(повне найменування)

Камера / відділення / дільниця №: _____

Стаття КК України: _____

Строк покарання (для засудженого): _____

ЗВЕРНЕННЯ

щодо порушення права на належну медичну допомогу

Я, _____, перебуваю в
_____.

Маю захворювання / встановлений діагноз:

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

За медичною допомогою я звертався(лася):

Однак належна медична допомога мені не забезпечується, а саме:

- ☐ медичний огляд не проводиться або проводиться несвоєчасно;
- ☐ необхідні обстеження не проводяться;
- ☐ консультація лікаря-спеціаліста не організована;
- ☐ встановлений діагноз потребує уточнення;
- ☐ призначене лікування не проводиться або проводиться не в повному обсязі;
- ☐ призначені лікарські засоби не надаються;
- ☐ медичні призначення та рекомендації лікарів не виконуються;
- ☐ госпіталізація не забезпечується або необґрунтовано затримується;
- ☐ стан здоров'я погіршується, але належних заходів не вживається;
- ☐ інше: _____.

Короткий опис обставин порушення мого права на медичну допомогу:

Раніше з цього питання я звертався(лася) до:

- ☐ медичної частини;
- ☐ адміністрації установи;
- ☐ керівництва відповідної філії ДУ «Центр охорони здоров'я ДКВС України»;
- ☐ інших органів: _____.

Результати попередніх звернень:

На цей час проблема:

- ☐ не усунута;
- ☐ усунута лише частково;
- ☐ стан здоров'я продовжує погіршуватися;
- ☐ існує ризик тяжких наслідків для здоров'я;
- ☐ існує загроза життю.

У зв'язку з викладеним ПРОШУ:

1. Розглянути це звернення та перевірити викладені обставини щодо дотримання мого права на належну медичну допомогу.
2. У межах повноважень Уповноваженого вжити заходів реагування, спрямованих на забезпечення проведення необхідного медичного огляду, обстежень, консультацій лікарів-спеціалістів, лікування та, за наявності медичних показань, госпіталізації.
3. Перевірити повноту та своєчасність виконання медичних призначень і рекомендацій, а також забезпечення мене необхідними лікарськими засобами.
4. За необхідності сприяти проведенню перевірки стану надання мені медичної допомоги та умов, у яких вона надається.
5. У разі встановлення порушень мого права на охорону здоров'я та медичну допомогу вжити передбачених законом заходів реагування для їх усунення.
6. У разі наявності безпосередньої загрози моєму життю або здоров'ю прошу вжити невідкладних заходів реагування.
7. Повідомити мене про результати розгляду цього звернення та вжиті заходи.

Додатки (за наявності):

- ☐ копії заяв та скарг щодо надання медичної допомоги;
- ☐ відповіді медичної частини / адміністрації / ЦОЗ ДКВС України;
- ☐ медичні висновки та виписки;
- ☐ результати лабораторних та інструментальних досліджень;
- ☐ висновки лікарів-спеціалістів;
- ☐ документи щодо призначеного лікування;
- ☐ інші документи: _____.

Дата: «__» _____ 20__ року

Підпис: _____

ПІБ: _____