

Начальнику медичної частини № _____
філії ДУ «Центр охорони здоров'я ДКВС України»

від _____
(ПІБ)

Статус: засуджений(а)

Установа: _____
(повне найменування)

Відділення / дільниця / камера №: _____

Стаття КК України: _____

Строк покарання: _____

Початок строку: _____

ЗАЯВА

про проведення медичного огляду у зв'язку з тяжкою хворобою та вирішення питання про звільнення від покарання за хворобою

Я, _____, відбуваю покарання у
_____.

Маю встановлене захворювання / діагноз:

Захворювання було встановлено / істотно погіршилося:

На цей час маю такі скарги та порушення стану здоров'я:

У зв'язку із захворюванням:

- ☐ маю значні обмеження рухливості;
- ☐ потребую постійного стороннього догляду;
- ☐ потребую тривалого або спеціалізованого лікування;
- ☐ не можу самостійно задовольняти основні життєві потреби;
- ☐ стан здоров'я прогресивно погіршується;
- ☐ наявні тяжкі ускладнення захворювання;
- ☐ інше: _____.

Раніше мені проводилися такі обстеження та лікування:

Маю такі медичні висновки, виписки, результати досліджень та рекомендації:

З огляду на тяжкість мого захворювання та його вплив на можливість подальшого відбування покарання прошу провести належне медичне обстеження та вирішити питання про наявність передбачених законодавством медичних підстав для застосування процедури звільнення від покарання за хворобою.

У зв'язку з викладеним ПРОШУ:

1. Провести повний медичний огляд та оцінити мій актуальний стан здоров'я.
2. Забезпечити проведення необхідних лабораторних та інструментальних досліджень, а також консультацій лікарів відповідних спеціальностей.
3. Врахувати наявні медичні документи, результати попередніх обстежень, встановлені діагнози, перебіг захворювання, його ускладнення та ефективність проведеного лікування.
4. За наявності передбачених законодавством підстав забезпечити проведення необхідного медичного огляду відповідною лікарською комісією для вирішення питання щодо можливості подальшого відбування мною покарання за станом здоров'я.
5. У разі встановлення медичних підстав для звільнення від покарання за хворобою забезпечити оформлення необхідних медичних документів та подальше вирішення питання в порядку, встановленому законодавством України.
6. Внести результати проведених оглядів, досліджень, консультацій та відповідні медичні висновки до моєї медичної документації.
7. Ознайомити мене з результатами медичного огляду та висновками щодо наявності або відсутності медичних підстав для застосування процедури звільнення від покарання за хворобою.
8. У разі відсутності таких підстав повідомити мене про прийняте рішення та забезпечити подальше необхідне лікування відповідно до мого стану здоров'я.

Додатки (за наявності):

- ☐ медичні виписки;
- ☐ висновки лікарів-спеціалістів;
- ☐ результати лабораторних та інструментальних досліджень;
- ☐ документи про попередні госпіталізації;
- ☐ інші медичні документи: _____.

Дата: «__» _____ 20__ року

Підпис: _____

ПІБ: _____