

До _____
окружного адміністративного суду

Позивач:

(ПІБ)

Статус:

☐ особа, взята під варту

☐ засуджений(а)

Установа:

(повне найменування)

Камера / відділення / дільниця № _____

Адреса для листування:

Відповідач:

(повне найменування органу/установи,
бездіяльність якої оскаржується)

Адреса: _____

Код ЄДРПОУ (якщо відомий): _____

АДМІНІСТРАТИВНИЙ ПОЗОВ

про визнання протиправною бездіяльності щодо ненадання належної медичної допомоги та зобов'язання вчинити дії

Я, _____, перебуваю / відбуваю покарання у
_____.

Маю захворювання / встановлений діагноз:

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

Для належної діагностики та лікування мені необхідні:

☐ медичний огляд;

☐ лабораторні дослідження;

☐ інструментальні дослідження;

☐ консультація лікаря-спеціаліста;

☐ призначене лікування;

☐ забезпечення лікарськими засобами;

☐ госпіталізація;

☐ інше: _____.

З питання надання медичної допомоги я звертався(лася):

«__» _____ 20__ року до _____;

«__» _____ 20__ року до _____;

«__» _____ 20__ року до _____.

Однак станом на день подання цього позову:

☐ належний медичний огляд не проведено;

☐ необхідні дослідження не проведені;

- ☐ консультація лікаря-спеціаліста не організована;
- ☐ призначене лікування не забезпечено;
- ☐ лікарські засоби не надаються;
- ☐ рекомендації лікарів не виконуються;
- ☐ госпіталізація не організована;
- ☐ інше: _____.

Обставини бездіяльності відповідача:

Унаслідок ненадання / несвоєчасного надання необхідної медичної допомоги:

- ☐ стан мого здоров'я не покращується;
- ☐ стан здоров'я погіршується;
- ☐ виникли нові симптоми або ускладнення;
- ☐ існує ризик істотного погіршення здоров'я;
- ☐ існує загроза життю;
- ☐ інше: _____.

Особи, які перебувають під вартою або відбувають покарання у виді позбавлення волі, не можуть самостійно забезпечити собі необхідний доступ до лікарів, діагностичних досліджень, госпіталізації та інших видів медичної допомоги поза межами установи. Тому забезпечення реального та своєчасного доступу до необхідної медичної допомоги залежить від належного виконання відповідними органами та установами покладених на них обов'язків.

Вважаю, що невжиття необхідних заходів для забезпечення мені належної медичної допомоги порушує моє право на охорону здоров'я та потребує судового захисту.

З огляду на викладене та керуючись Кодексом адміністративного судочинства України, ПРОШУ СУД:

1. Визнати протиправною бездіяльність _____

щодо незабезпечення мені належної медичної допомоги.

2. Зобов'язати відповідача в межах його компетенції вжити необхідних заходів для організації надання мені медичної допомоги відповідно до встановлених медичних показань, зокрема:

- ☐ організувати медичний огляд;
- ☐ забезпечити проведення необхідних лабораторних та/або інструментальних досліджень;
- ☐ забезпечити консультацію відповідного лікаря-спеціаліста;
- ☐ забезпечити виконання призначеного лікування;
- ☐ забезпечити призначеними лікарськими засобами;
- ☐ вирішити питання про госпіталізацію за наявності відповідних медичних показань;
- ☐ інше: _____.

3. Повідомити мене про виконання судового рішення у встановленому законом порядку.

Відомості про досудове врегулювання спору:

До подання цього позову я звертався(лася) до відповідача та/або інших компетентних органів із заявами та скаргами, копії яких додаються до позову.

Докази, що підтверджують обставини позову:

- ☐ копії заяв про надання медичної допомоги;
- ☐ копії скарг;
- ☐ відповіді медичної частини / ЦОЗ ДКВС України / адміністрації установи;
- ☐ медичні виписки;
- ☐ результати обстежень;
- ☐ висновки лікарів-спеціалістів;
- ☐ документи щодо призначеного лікування;

□ інші документи: _____.

Додатки:

1. Копії документів, що підтверджують викладені в позові обставини.
2. Копії відповідей на попередні звернення (за наявності).
3. Медичні документи (за наявності).
4. Інші документи, що підтверджують позовні вимоги.
5. Документи щодо судового збору або підстав звільнення від його сплати / клопотання про звільнення, відстрочення чи розстрочення сплати судового збору — за необхідності.
6. Інші документи відповідно до вимог процесуального законодавства.

Підтверджую, що мною не подано іншого позову до цього самого відповідача з тим самим предметом та з тих самих підстав.

Дата: «__» _____ 20__ року

Підпис: _____

ПІБ: _____