

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 невідкладний медичний огляд та фіксацію тілесних ушкоджень після застосування насильства

«__» _____ 20__ року приблизно о _____ год. _____ хв. щодо мене було застосовано
фізичне насильство.

Місце події:

Особа (особи), яка застосувала насильство, якщо відомо:

- ☐ працівник(и) установи;
☐ працівник(и) іншого правоохоронного органу;
☐ інша особа, взята під варту / засуджений;
☐ інша особа: _____.

Обставини події:

До мене було застосовано:

- ☐ удари руками; ☐ удари ногами; ☐ удари предметами;
☐ заламування рук; ☐ удушення / перекриття дихання;
☐ притискання до підлоги, стіни або іншої поверхні;
☐ кайданки; ☐ гумовий / пластиковий кийок;
☐ сльозогінні або подразнювальні речовини; ☐ інші спеціальні засоби;
☐ інше: _____.

Удари / інші дії були спрямовані в такі частини тіла:

Після події маю такі тілесні ушкодження та/або скарги:

- ☐ біль; ☐ набряки; ☐ синці / гематоми; ☐ садна; ☐ рани; ☐ кровотечу;
☐ головний біль; ☐ запаморочення; ☐ нудоту / блювання; ☐ втрату свідомості;
☐ утруднене дихання; ☐ порушення рухливості; ☐ порушення зору / слуху;

☐ інше: _____.

Після застосування насильства:

☐ медична допомога мені не надавалася;

☐ медична допомога надавалася: _____;

☐ я вже звертався(лася) за медичною допомогою «__» _____ 20__ року;

☐ у проведенні медичного огляду мені було відмовлено;

☐ інше: _____.

У зв'язку з викладеним ПРОШУ:

1. Невідкладно провести мій медичний огляд та оцінити стан здоров'я.
2. Детально зафіксувати всі виявлені тілесні ушкодження, зокрема їх локалізацію, характер, форму, розміри, колір та інші медично значущі ознаки.
3. Внести до медичної документації дату і точний час проведення огляду, усі мої скарги та результати об'єктивного медичного обстеження.
4. Внести до медичної документації мої пояснення щодо часу, місця та обставин отримання тілесних ушкоджень, а також зазначені мною відомості про осіб, які могли їх заподіяти.
5. За можливості та відповідно до встановленого порядку провести фотографування виявлених тілесних ушкоджень та забезпечити належне збереження матеріалів фотофіксації.
6. За наявності медичних показань забезпечити проведення необхідних лабораторних та інструментальних досліджень, консультацій лікарів-спеціалістів, лікування та/або госпіталізації.
7. У разі виявлення тілесних ушкоджень або інших ознак, які можуть свідчити про застосування до мене насильства чи жорстокого поводження, забезпечити повідомлення компетентних органів у порядку, передбаченому законодавством.
8. Забезпечити належне збереження медичної документації та інших матеріалів, складених за результатами мого огляду.
9. Надати мені можливість ознайомитися з результатами медичного огляду та отримати копію відповідного медичного документа / виписку з медичної документації у встановленому порядку.

Додатково повідомляю:

Свідками події могли бути:

На місці події могли здійснювати відеозапис:

☐ стаціонарні камери відеоспостереження;

☐ нагрудні відеореєстратори працівників;

☐ інші засоби відеофіксації;

☐ мені невідомо.

Інші обставини, які прошу зафіксувати:

Прошу провести медичний огляд без невиправданої затримки.

Дата подання заяви: «__» _____ 20__ року

Точний час подання: _____ год. _____ хв.

Підпис: _____

ПІБ: _____