

Керівнику закладу охорони здоров'я ЦОЗ ДКВС України /
начальнику медичної частини _____

Копія: начальнику ДУ « _____ »

від засудженого / обвинуваченого

ПІБ: _____

дата народження: _____

статус: ☐ засуджений ☐ обвинувачений

стаття КК України: _____

строк покарання: _____

початок строку: _____

кінець строку: _____

камера / відділення / дільниця: _____

ЗАЯВА

про надання медичної допомоги та документування ушкоджень, отриманих унаслідок обстрілу

Я утримуюся в ДУ « _____ ».

« _____ » _____ 20__ року приблизно о _____ годині внаслідок:

- ☐ ракетного удару;
- ☐ удару безпілотного літального апарата;
- ☐ артилерійського / мінометного обстрілу;
- ☐ вибуху поблизу установи;
- ☐ іншої події, пов'язаної з бойовими діями: _____

я отримав(ла) тілесні ушкодження та/або після події маю погіршення стану здоров'я.

Мої скарги та симптоми:

- ☐ біль; ☐ головний біль; ☐ запаморочення;
- ☐ нудота / блювання; ☐ шум або дзвін у вухах;
- ☐ погіршення слуху; ☐ погіршення зору;
- ☐ короточасна або тривала втрата свідомості;
- ☐ порушення координації; ☐ утруднене дихання;
- ☐ біль у грудях; ☐ кровотеча; ☐ опік;
- ☐ рана / садно / забій; ☐ біль або обмеження рухів у кінцівках;
- ☐ інше: _____

Обставини отримання ушкоджень:

Видимі ушкодження або інші прояви, які я можу описати:

Відповідно до законодавства особам, узятим під варту, та засудженим має надаватися необхідна медична, у тому числі екстрена, допомога. Якщо необхідний обсяг екстреної медичної допомоги не може бути забезпечений у закладі охорони здоров'я ДКВС України, така допомога має бути організована із залученням відповідної служби екстреної медичної допомоги та, за медичними показаннями, закладу охорони здоров'я поза межами установи.

У зв'язку з викладеним ПРОШУ:

1. Невідкладно провести мій медичний огляд із повною оцінкою скарг та можливих наслідків вибухової хвилі, поранення, контузії, опіку або іншої травми.

2. Належно внести до моєї медичної документації: дату і час звернення; усі заявлені мною скарги; обставини отримання ушкоджень зі слів пацієнта; результати об'єктивного огляду; локалізацію, характер та стан видимих ушкоджень; встановлений або попередній діагноз; призначені обстеження і лікування; фактично надану медичну допомогу; рекомендації щодо подальшого спостереження або лікування.

3. За наявності медичних показань забезпечити проведення необхідних лабораторних, інструментальних та інших обстежень, консультацій профільних лікарів.

4. Якщо необхідну допомогу або обстеження неможливо надати в закладі охорони здоров'я ДКВС України, забезпечити виклик бригади екстреної медичної допомоги та/або моє направлення до відповідного закладу охорони здоров'я.

5. У разі наявності ознак контузії, черепно-мозкової травми, внутрішнього ушкодження, опіку, перелому чи іншого стану, який може становити небезпеку для життя або здоров'я, забезпечити невідкладне надання необхідної медичної допомоги.

6. Після проведення огляду надати мені в установленому порядку медичну довідку, витяг або інший доступний документ, що містить відомості про результати огляду, встановлений діагноз, виявлені ушкодження та надану медичну допомогу.

7. У разі повторного або відкладеного погіршення стану здоров'я забезпечити повторний медичний огляд та подальше спостереження.

Дата: «__» _____ 20__ року

Підпис: _____

ПІБ: _____