

В Министерство здравоохранения  
Челябинской области

от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

(наименование, серия, номер, кем выдан, когда)

Адрес фактического места проживания \_\_\_\_\_

(область, населенный пункт, улица, дом, квартира)

Телефоны \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу рассмотреть вопрос о предоставлении высокотехнологичной  
медицинской помощи моему ребенку \_\_\_\_\_

(ФИО, дата рождения)

№ п/п	Прилагаемые документы	Оригинал/копия	Наличие (+,-)
1	Выписка из медицинской документации пациента	оригинал	
2	Направление на госпитализацию	оригинал	
3	Паспорт гражданина РФ (для детей старше 14 лет)	копия	
4	Свидетельство о рождении ( для детей до 14 лет)	копия	
5	Полис ОМС	копия	
6	СНИЛС	копия	
7	Заявление о согласии на обработку персональных данных	оригинал	
8	Паспорт законного представителя	копия	
9	Распоряжение суда об установлении опеки	копия	
10	Удостоверение опекуна	копия	
11	Справка МСЭК (при наличии)	копия	
12	Заключение главного внештатного специалиста Министерства здравоохранения Челябинской области по профилю заболевания	оригинал	
13	Медицинские документы (результаты обследования, протокол, осмотр специалиста, выписки)	копии	
14	Документы из Федерального центра (приглашение, выписка, направление)	копии	
15	Рентгенограммы, серии снимков КТ, МРТ		
16	CD диск, флэш-карта		

Дата \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Фамилия, инициалы