В Министерство здравоохранения

Челябинской области

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Ф.И.О. полностью)*

 Документ, удостоверяющий личность

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Адрес фактического места проживания

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Участник ВОВ, ветеран боевых действий

 Удостоверение ВПОР, «МАЯК»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*серия, номер, дата)*

 ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу рассмотреть вопрос о предоставлении мне высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Прилагаемые документы | Оригинал/копия | Количество документов |
| 1 | Письменное обращение (заявление) пациента на оказание ВМП | оригинал |  |
| 2 | Выписка из медицинской документации пациента | оригинал |  |
| 3 | Направление на госпитализацию | оригинал |  |
| 4 | Копия паспорта гражданина РФ  | копия |  |
| 5 | Копия полиса ОМС | копия |  |
| 6 | Копия СНИЛС | копия |  |
| 7 | Заявление о согласии на обработку персональных данных гражданина | оригинал |  |
| 8 | Заключение главного внештатного специалиста Министерства здравоохранения Челябинской области по профилю заболевания | оригинал |  |
| 9 | Медицинские документы *(результаты обследования, протокол, осмотр специалиста, выписки)* | копии |  |
| 10 | Документы из Федерального центра *(приглашение, выписка, направление)* | копии |  |
| 11 | Рентгенограммы, серии снимков КТ, МРТ |  |  |
| 12 | CD диск, флэш-карата |  |  |
| 13 | Укажите удобный для Вас способ связи (телефон, Email,Viber, WhatsApp, Telegram) |  |  |
|  |  |  |  |

 Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Принял специалист Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_