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

 Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 (иные документы) | копия |  |
| 9 | Справка МСЭК *(при наличии)* | копия |  |
| 10 | Заключение главного внештатного специалиста Министерства здравоохранения Челябинской области по профилю заболевания | оригинал |  |
| 11 | Медицинские документы *(результаты обследования, протокол, осмотр специалиста, выписки)* | копии |  |
| 12 | Документы из Федерального центра *(приглашение, выписка, направление)* | копии |  |
| 13 | Рентгенограммы, снимки, КТ, МРТ, CD диск, флэш-карта *(при наличии)* |  |  |
| 14 | Укажите удобный для Вас способ связи (телефон, Email, Viber, WhatsApp, Telegram) |  |  |

Дата \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_ г. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 Фамилия, инициалы

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