

## Приложение №2

В Министерство (Департамент) здравоохранения

\_\_\_\_\_ (наименование и адрес)

от \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. заявителя)

проживающего по адресу: г. \_\_\_\_\_,

ул. \_\_\_\_\_, Д. \_\_\_\_\_, кв. \_\_\_\_\_,

тел.: \_\_\_\_\_

### ЖАЛОБА

#### на отказ в предоставлении бесплатного лекарства

Я, Ф.И.О. \_\_\_\_ года рождения, являюсь законным представителем несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_ в возрасте \_\_ лет.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. в связи с заболеванием участковый врач-педиатр назначил ребенку лечение и прописал следующие лекарственные средства:

\_\_\_\_\_. На мою просьбу о предоставлении рецепта на получение бесплатных лекарств, входящих в перечень установленных нашим субъектом, врач ответил отказом, сославшись на отсутствие \_\_\_\_\_.

Согласно Постановлению правительства РФ от 30.07.1994 №890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшения обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» мой ребенок имеет право на получение бесплатных лекарственных препаратов.

Недостаточное финансирование не является основанием освобождения органа управления здравоохранением региона от лечения пациентов, которые должны быть обеспечены бесплатными лекарствами.

На основании вышеизложенного прошу принять меры к обеспечению моего ребенка бесплатными лекарственными препаратами \_\_\_\_\_ на весь курс лечения за счет средств федерального бюджета или за счет средств бюджета региона.

**Приложение:**

1. Копия медицинского полиса ребенка.
2. Выписка из истории болезни (копия).

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_ г.

## Приложение №3

В территориальный Росздравнадзор

\_\_\_\_\_ (наименование и адрес)

от \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. заявителя)

проживающего по адресу: г. \_\_\_\_\_,

ул. \_\_\_\_\_, д. \_\_\_\_\_, кв. \_\_\_\_\_,

тел.: \_\_\_\_\_

### ЖАЛОБА

#### на отказ в предоставлении бесплатного лекарства

Я, Ф.И.О. \_\_\_\_\_ года рождения, являюсь законным представителем несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_ в возрасте \_\_\_\_\_ лет. «\_\_» \_\_\_\_\_ в связи с заболеванием участковый врач-педиатр назначил ребенку лечение и прописал следующие лекарственные средства: \_\_\_\_\_. На мою просьбу о предоставлении рецепта на получение бесплатных лекарств, входящих в перечень установленных нашим субъектом, врач ответил отказом, сославшись на отсутствие \_\_\_\_\_. Я в последующем обратилась в Департамент (Министерство) здравоохранения \_\_\_\_\_ региона (области), но на это обращение мне тоже поступил отказ со ссылкой на недостаточное финансирование.

Согласно Постановлению правительства РФ от 30.07.1994 №890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшения обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» мой ребенок имеет право на получение бесплатных лекарственных препаратов.

Недостаточное финансирование не является основанием освобождения органа управления здравоохранением региона от лечения пациентов, которые должны быть обеспечены бесплатными лекарствами.

На основании вышеизложенного прошу принять меры к обеспечению моего ребенка бесплатными лекарственными препаратами \_\_\_\_\_ на весь курс лечения за счет средств федерального бюджета или за счет средств бюджета региона.

**Приложение:**

1. Копия медицинского полиса ребенка.
2. Выписка из истории болезни (копия).
4. Претензия в Департамент здравоохранения (копия).
5. Ответ Департамента здравоохранения (копия).

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_ г.

## Приложение №4

В прокуратуру \_\_\_\_\_  
(наименование и адрес)  
от \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. заявителя)  
проживающего по адресу: г. \_\_\_\_\_,  
ул. \_\_\_\_\_, Д. \_\_\_\_\_, кв. \_\_\_\_\_,  
тел.: \_\_\_\_\_

### ЖАЛОБА на отказ в предоставлении бесплатного лекарства

Я, Ф.И.О. \_\_\_\_ года рождения, являюсь законным представителем несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_ в возрасте \_\_ лет. «\_\_» \_\_\_\_\_ в связи с заболеванием участковый врач-педиатр назначил ребенку лечение и прописал следующие лекарственные средства: \_\_\_\_\_ . На мою просьбу о предоставлении рецепта на получение бесплатных лекарств, входящих в перечень установленных нашим субъектом, врач ответил отказом, сославшись на отсутствие \_\_\_\_\_. Я в последующем обратилась в Департамент здравоохранения и Росздравнадзор \_\_\_\_\_ области, но на это обращение мне тоже поступил отказ со ссылкой на недостаточное финансирование.

Согласно Постановлению правительства РФ от 30.07.1994 №890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшения обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» мой ребенок имеет право на получение бесплатных лекарственных препаратов.

Недостаточное финансирование не является основанием освобождения органа управления здравоохранением региона от лечения пациентов, которые должны быть обеспечены бесплатными лекарствами.

На основании вышеизложенного прошу прокуратуру проверку по факту нарушения прав моего ребенка по обеспечению бесплатными лекарственными препаратами \_\_\_\_\_ на весь курс лечения за счет средств федерального бюджета или за счет средств бюджета региона и вынести соответствующие представления об устранении нарушений.

**Приложение:**

1. Копия медицинского полиса ребенка.
2. Выписка из истории болезни (копия).
4. Претензия в Департамент здравоохранения и Росздравнадзор (копия).
5. Ответ из Департамента здравоохранения и Росздравнадзора (копия).

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_ г.