

**Запрос в детскую поликлинику  
о необходимости дополнительной диагностики (образец № 9)**

1. Главному врачу ДПО №\_\_ Санкт-Петербурга,

\_\_\_\_\_  
*(адрес детской поликлиники)*

**Копии:**

2. В Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга  
Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д. 1

3. В Отдел здравоохранения \_\_\_\_\_ района

\_\_\_\_\_  
*(почтовый адрес)*

4. В Медицинскую страховую компанию,  
в которой юноша застрахован

\_\_\_\_\_  
*(почтовый адрес)*

От родителей допризывника

\_\_\_\_\_  
*(Ф.И.О)*

Адрес для ответа \_\_\_\_\_

**ЗАПРОС**

Я являюсь законным представителем – матерью (*отцом, попечителем*) несовершеннолетнего \_\_\_\_\_ (*Ф.И.О юноши, год рождения*), проживающего и зарегистрированного по адресу \_\_\_\_\_ (*указать адрес*).

Мой сын имеет заболевание \_\_\_\_\_ (*укажите диагноз*), с \_\_\_\_\_ (*укажите время*), регулярно проходит лечение. Состоит на диспансерном учете у врача \_\_\_\_\_ (*укажите врача*) с \_\_\_\_\_ (*укажите год*).

*Если есть заключения с установленным диагнозом, то приложите его к запросу и сошлитесь на приложение.*

*Далее опишите, когда и где Ваш сын обследовался, лечился, какую диагностику проходил в течение двух последних лет. Если есть диагностика, то приложите к запросу и сошлитесь на нее.*

На основании вышеизложенного, в соответствии с частью 2 статьи 24 Конституции Российской Федерации, статьями 22, 37, 54 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

**ПРОШУ:**

1) сообщить, нуждается ли мой сын в стационарном (и/или амбулаторном) обследовании или проведении дополнительной диагностики в данный момент, в соответствии со Стандартами оказания медицинской помощи;

2) если нуждается, то какую диагностику ему необходимо провести в соответствии со Стандартами оказания медицинской помощи;

3) выдать мне в 3-дневный срок надлежащим образом заверенную выписку из амбулаторной карты с указанием в ней:

- полной информации о заболевании моего сына в соответствии с МКБ-10,
- срока диспансерного наблюдения,
- необходимости дополнительной диагностики на данный момент;

4) дать письменный ответ на данный запрос по вышеуказанному адресу.

Или: письменный ответ на запрос выдать мне на руки.

Приложение на \_\_\_ листах:

*ДАТА,  
ПОДПИСЬ /расшифровка подписи/*