

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. \_\_\_\_\_