

Директору КНП «_____»
назва вашого медичного закладу
_____(П.І.Б. директора)

Адреса: _____

Копія:

Директору Департаменту охорони здоров'я _____ кої
обласної державної адміністрації*

_____(П.І.Б. директора)

Адреса: _____

Від _____(ваші П.І.Б.)

Адреса: _____

(ваша поштова адреса проживання)

Тел: +38_____

ел.адреса: _____(за наявності)

З А Я В А

Я, _____ (П.І.Б.), маю рідкісний діагноз
_____(назва діагнозу), прошу забезпечити мене лікарськими засобами (та/або
лікувальним харчуванням): _____(назва ліків та/або лікувального
харчування) відповідно до медичних показань та в порядку, передбаченому Постановою Кабінету
Міністрів України від 31.03.2015 р. №160.

Відповідно до вказаної Постанови, забезпечення громадян, які страждають на рідкісні
(орфанні) захворювання, лікарськими засобами та харчовими продуктами здійснюється відповідно
до медичних показань закладами охорони здоров'я відповідного профілю за місцем проживання
або лікування таких громадян, за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів.

Прошу розглянути в пріоритетному порядку, з урахуванням тяжкості захворювання, та
надати відповідь у встановлений законодавством термін на поштову і електронну адреси
_____@_____ (за наявності).

У разі відмови у безоплатному забезпеченні прошу негайно передати інформацію про мою
потребу у зазначених ліках (та/або лікувальному харчуванні) до обласного ДЮЗ для вжиття заходів
щодо безперебійного та безоплатного забезпечення мене ліками (та/або лікувальним харчуванням)
відповідно до Постанови КМУ від 31.03.2015 р. №160. Також прошу надіслати мені
підтвердження у вигляді копії документа, яким було передано цю інформацію.

Додатки : Медичний висновок з призначеним лікуванням рідкісного захворювання, назвою
і дозою лікарських засобів (та/або лікувального харчування) – копія.

«__» _____ 202_р.

_____/_____
підпис П.І.Б.

=====
*Довідково: Для м.Києва – Департамент охорони здоров'я КМДА.

В деяких областях замість Департаментів - Управління охорони здоров'я.