В Региональную благотворительную общественную организацию инвалидов «Общество пациентов с первичными иммунодефицитами Санкт-Петербурга»

г. Санкт-Петербург, ул. Мира, д. 14, лит. А, оф. 316

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г. Санкт-Петербург, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Уважаемая Юлия Павловна!

Я/мой ребенок, ФИО, д.р.) являюсь инвалидом (если инвалидность установлена) по заболеванию первичный иммунодефицит например, (Общая вариабельная иммунная недостаточность, код по МКБ-10 D83.0. Мне назначена регулярная заместительная терапия иммуноглобулином человеческим нормальным.

В соответствии с заключением (например, главного иммунолога ФИО, или на основании выписки из истории болезни от « » \_\_\_ 201\_ г. № \_\_ «РДКБ» Минздрава России) по медицинским и жизненным показаниям нуждаюсь в ежемесячной заместительной терапии Иммуноглобулином человека нормальный в дозе 0,4 грамма на 1 кг массы тела один раз в 3-4 недели.

Опишите проблему:

Например, с июня 2018 года у меня, моего ребенка возникли проблемы с обеспечением жизненно необходимым препаратом для заместительной терапии. Получив льготный рецепт, я передал его в аптеку для отсроченного обслуживания, однако спустя 15 дней препарат мне так и не был выдан. У меня на руках имеется рецепт с отметкой о приеме на отсроченное обслуживание. Сотрудники аптеки не извещали меня о поступлении препарата. Когда я \_\_\_\_\_ 2018 г. звонил в аптеку, мне сообщили, что препарат еще не отгрузили. Укажите все, что вам стало известно о «причинах» отказа в лекарственном обеспечении.

Нерегулярное введение иммуноглобулина отразилось на моем здоровье: показатели иммуноглобулина в крови упали ниже допустимых пределов, я заболел пневмонией, в течение длительного времени испытывал большую слабость, я испытал стресс из-за перерыва необходимой терапии, поскольку согласно заключению специалиста это может быть смертельно опасно в моем случае (и т.д., выберите. Если имеются соответствующие справки - приложить).

Прошу Вас принять необходимые меры по защите моих/моего ребенка нарушенных прав на жизненно необходимую медицинскую помощь – бесплатное лекарственное обеспечение.

Выражаю свое согласие на защиту представителем Общества пациентов с первичными иммунодефицитами Санкт-Петербурга Захаровой Юлией Павловной моих/моего ребенка интересов и прав в органах государственной власти.

Выражаю свое согласие на обработку моих и моего ребенка персональных данных и медицинской информации в соответствии с п. 3 ст. 3 ФЗ-152 «О персональных данных» и передачу любой предоставленной мной информации для достижения целей защиты моих или моего ребенка прав и законных интересов представителем Общества пациентов с первичными иммунодефицитами Санкт-Петербурга Захаровой Юлией Павловной.

Прошу принять меры для привлечения к ответственности виновных лиц и недопущению в дальнейшем подобных нарушений.

С уважением, ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись

Дата \_\_\_\_2018 года

Заполните обращение, снимите все подчеркивания и выделения маркером, распечатайте, подпишите, скан пришлите по эл.почте Zaharova.law@gmail.com

Оригинал необходимо передать руководителю.