

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
легенева гіпертензія, прошу забезпечити мене лікарськими засобами:
_____ (назва ліків) 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 здійснюється відповідно до медичних показань
зкладами 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 до обласного ДООЗ для вжиття заходів щодо безперебійного та
безоплатного забезпечення мене ліками 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 призначенням лікуванням рідкісного захворювання, назвою
і дозою лікарських засобів – 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.