

Кому: Главному врачу [Название учреждения здравоохранения]

[Ф.И.О. Главного врача]

От кого: [Ф.И.О. заявителя/пациента]

Адрес: [Почтовый адрес для ответа]

Телефон: [Контактный номер]

## **ЖАЛОБА**

### **на неправомерный отказ в выписке рецепта**

Я, [Ф.И.О.], являюсь пациентом УЗ «[Название поликлиники]» и состою на учете с диагнозом [Указать диагноз] (прилагаю выписку из меддокументов).

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г. я обратился(ась) к лечащему врачу [Ф.И.О. врача, должность] с просьбой выписать рецепт на лекарственное средство [Название лекарства], необходимое мне по жизненным показаниям (или для постоянного лечения).

Врач [Фамилия врача] отказал(а) мне в выписке рецепта, мотивируя это [Указать причину: например, отсутствие препарата, "не положено", указание сверху и т.д.], что считаю незаконным и нарушающим мои права на охрану здоровья. Согласно действующим нормативным актам, я имею право на получение данного лекарства.

На основании Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» и Закона «Об обращениях граждан и юридических лиц»,

ПРОШУ:

1. Рассмотреть данную жалобу и принять меры по обеспечению меня необходимым лекарственным средством.
2. Обеспечить выписку рецепта на [Название лекарства] в ближайшее время.
3. О результатах рассмотрения жалобы сообщить мне письменно в установленный законом срок.

Приложения:

1. Копия выписки из медицинских документов.
2. [Иные документы, подтверждающие необходимость препарата].

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г. \_\_\_\_\_ / [Фамилия И.О.]

(Подпись)