В (наименование страховой компании)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

От (ФИО заявителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер полиса ОМС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление о проведении экспертизы качества оказанной медицинской помощи**

**«**\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_2021 года я обратилась в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование медицинской организации) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(специализация и ФИО врача) с подозрением на сахарный диабет.

Врач посмотрел на мой анализ крови и рекомендовал похудеть. Несмотря на гарантированный объем исследований в Приказе Минздрава №1581н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при инсулиннезависимом сахарном диабете» врач отказался выдавать мне направления на обязательные анализы, а также не назначил бесплатные лекарственные препараты.

На основании вышеизложенного прошу провести экспертизу качества оказанной медицинской помощи и привлечь ответственных лиц к ответственности за допущенные нарушения. О результатах прошу сообщить по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(укажите контактные данные).

Приложения:

Копия полиса ОМС.

Выписка из истории болезни.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_