

В Министерство здравоохранения  
Челябинской области

от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

Документ, удостоверяющий личность

Адрес фактического места проживания

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

Телефон \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

Участник ВОВ, ветеран боевых действий

Удостоверение ВПОР, «МАЯК»

(серия, номер, дата)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу рассмотреть вопрос о предоставлении мне высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП).

№	Прилагаемые документы	Оригинал/копия	Количество документов
1	Письменное обращение (заявление) пациента на оказание ВМП	оригинал	
2	Выписка из медицинской документации пациента	оригинал	
3	Направление на госпитализацию	оригинал	
4	Копия паспорта гражданина РФ	копия	
5	Копия полиса ОМС	копия	
6	Копия СНИЛС	копия	
7	Заявление о согласии на обработку персональных данных гражданина	оригинал	
8	Заключение главного внештатного специалиста Министерства здравоохранения Челябинской области по профилю заболевания	оригинал	
9	Медицинские документы (результаты обследования, протокол, осмотр специалиста, выписки)	копии	
10	Документы из Федерального центра (приглашение, выписка, направление)	копии	
11	Рентгенограммы, серии снимков КТ, МРТ		
12	CD диск, флэш-карата		

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_