**Головному лікарю**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(назва медичного закладу)**

**ПІБ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Адреса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Скарга**

**на неправомірні дії лікаря \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ПІБ)**

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 року я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ПІБ), звернувся/лася за медичною допомогою в поліклініку № \_\_\_\_\_, розташовану за адресою:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( повна назва лікувального закладу та його юридична адреса) з приводу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(зазначити причини: погане самопочуття, хвороба тощо). Лікар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ПІБ), на мою думку, неналежно надав мені медичну допомогу (консультацію), а саме:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(коротко описати ситуацію, що мала місце).

Вважаю, що своїми діями лікар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ПІБ) порушив мої права на отримання медичної допомоги відповідно до Конституції (ст.49) і Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров’я» (ст.6).

**У звʹязку з цим, прошу**:

1. Розглянути скаргу та вжити заходів щодо неправомірних дій лікаря \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ПІБ).

2. Надати письмову відповідь у строки, визначені законодавством України.

У разі неналежного реагування залишаю за собою право звернутись до правоохоронних органів або суду з метою захисту своїх прав та законних інтересів.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                Підпис**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**