Главному врачу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*наименование мед. организации*)

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Тел. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление о направлении на МСЭ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, прохожу лечение по заболеванию: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

*Описать виды лечения и других медицинских вмешательств, назначенных и проведенных в период нетрудоспособности (химиотерапия, лучевая терапия, оперативные вмешательства и т.д.).*

*Описать развившиеся* ***нарушения здоровья*** *(нарушения чувствительности, боль; нарушения координации движений; нарушение функций сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной и иных систем; нарушения, обусловленные физическим изменением (ампутация органов, конечностей)), а также* ***вызванные данными нарушениями ограничения жизнедеятельности*** *(полная или частичная утрата способности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться и т.д.).*

На основании изложенного прошу Вас рассмотреть вопрос о выдаче мне направления на МСЭ и направлении моих медицинских документов в бюро МСЭ для установления инвалидности.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Подпись, ФИО/