**Головному лікарю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ПІБ**

**Повна адреса з індексом**

Від

**ПІБ**

***зареєстроване місце проживання:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Номери засобів зв’язку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**ЗАЯВА**

*«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_року року я, ПІБ. звернулась до лікаря вказати спеціалізацію та ПІБ лікаря.*

*Надати детальний опис ситуації, в якій були порушені права заявника.*

На прийомі в лікаря я повідомила про свій ВІЛ статус та наявні проблеми зі здоров’ям. Після того як лікар дізнався про мій статус він почав вести себе грубо через мій ВІЛ статус.

*Детальний опис ситуації.*

Після приниження лікаря в мене трапився нервовий зрив.

Через пережиту травму та побоювання за власне здоров’я у мене є страх на відвідування лікаря у Вашому медичному закладі.

Враховуючи вищезазначене та необхідність отримання мною медичних послуг без стигматизації, попередження можливих випадків у майбутньому, прошу:

1. Провести службове розслідування за фактами які мною вище викладено;

Про результати службового розслідування повідомити мене у встановлений законодавством термін.

1. Провести з лікарями та медичним персоналом лікарні роз’яснювальну роботу щодо правил надання медичної допомоги громадянам України, в тому числі вразливим категоріям населення;
2. Надати мені можливість безперешкодно, без проявів агресії та стигматизації, отримувати медичні послуги у лікарні.

**«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_року Підпис ПІБ**