

КУДА: \_\_\_\_\_

(полное наименование органа  
или организации, куда пишется жалоба)

ОТ КОГО: \_\_\_\_\_

(ваши ФИО, контактные данные)

**ЖАЛОБА  
НА ОТКАЗ ВРАЧА ПРЕДОСТАВИТЬ ИНФОРМАЦИЮ О ЗДОРОВЬЕ, ЛЕЧЕНИИ**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2012 года я был на консультации (находился на лечении)  
в \_\_\_\_\_. Врачом (врачами) мне не была предоставлена  
полная информация о моем диагнозе, необходимых диагностических мероприятиях,  
вариантах лечения, возможных рисках и последствиях.

Считаю, что врачом организации нарушено мое право на информированное  
добровольное согласие на получение медицинской помощи, а также право на  
информацию о состоянии моего здоровья – данные права пациента предусмотрены ст.20,  
22 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и должны обеспечиваться  
медицинским учреждением.

Прошу разобраться в ситуации и сообщить мне в письменной форме о принятом  
решении.

Дата.

Подпись.