Главному врачу

[*название поликлиники*]

от [*фамилия, имя и отчество пациента в родительном падеже*]

Адрес проживания: [*адрес*]

Телефон: [*телефон*]

ОБРАЩЕНИЕ

Я наблюдаюсь в [*название поликлиники, структурного отделения поликлиники*] у лечащего врача [*фамилия и инициалы врача*]. Я страдаю хроническим заболеванием [*диагноз*] в течение [*временной промежуток в месяцах или годах*], имею рекомендацию от [*наименование врача-специалиста*] на прохождение длительного курсового лечения лекарственным препаратом [*наименование препарата*] (см. Приложение).

В соответствии с Приказом Минздрава России от 14.01.2019 N 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» лечащий врач имеет право выписывать больным, страдающим хроническими заболеваниями, требующими длительного курсового лечения, рецепт, действительный в течение 90 дней. Лечащий врач выписывает мне рецепт, действительный в течение 30 дней, и отказывается выписать рецепт, действительный в течение 90 дней. Медицинских причин для отказа выписать рецепт, действительный в течение 90 дней, врач не приводит, в то время как мне трудно посещать врача ежемесячно из-за [*указание* *причин*].

Прошу содействовать в обеспечении меня рецептами, действительными в течение 90 дней со дня оформления, для лечения хронического заболевания [*диагноз*].

Приложение

1. Копия рекомендации на получение лекарственного препарата.

Дата: Подпись: