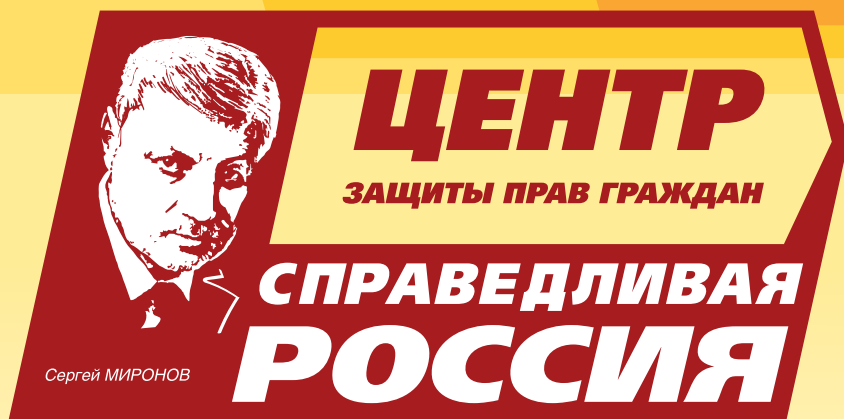


ЗДОРОВЬЕ



# Сменить лечащего врача

Как отказаться от услуг лечащего врача  
и попросить замену

Раздаточный материал Центра защиты прав граждан  
«Справедливая Россия»



*Пришли на прием к врачу, а столкнулись с грубостью и непрофессионализмом? Пропало доверие или доктор предложил вам неудобный график посещения? Тогда эта инструкция для вас! Согласно закону №323-ФЗ вы можете самостоятельно выбрать доктора, у которого будете проходить лечение. Правда, менять врачей можно не чаще одного раза в год.*

## **Инструкция по замене лечащего врача**

В приказе Минздрава №407н говорится, что руководитель медучреждения должен оказывать пациентам содействие в замене лечащего врача, если пациент об этом попросил.

### **ПОМНИТЕ!**

*Вы вправе выбирать терапевта, педиатра, семейного доктора и фельдшера. Если вы не определились с врачом, то в случае экстренного обращения в поликлинику вас осмотрит дежурный врач.*

### **Шаг №1**

Обратитесь к главному врачу в поликлинику по месту жительства с заявлением (Приложение №1). В шапке укажите имя и фамилию главврача, название медучреждения. Далее напишите свою просьбу, что хотите заменить врача. Укажите его имя и фамилию.

### **ВАЖНО!**

*Сообщите причину, из-за которой вы решились на замену. Причины, по которым вы решили сменить врача могут быть любыми: от недовольства манерой общения до конкретной ссоры. Не стесняйтесь, пишите конкретно.*

### **Шаг №2**

Вам обязаны предоставить информацию о докторах, за которыми вас могут закрепить. Руководитель медучреждения сделает это в течение трех рабочих дней устно или письменно со дня получения жалобы. Главврач проинформирует вас о докторах, к которым вы можете перейти.



### Шаг №3

После ответа руководителя поликлиники вы можете выбрать другого медика. Правда, есть один нюанс. Вам необходимо заручиться его согласием, ведь полюбившийся вам врач может и не взять вас к себе. Его право на отказ от пациента также прописано в приказе Минздрава №407н. Поэтому поговорить с понравившимся доктором лучше заранее.

### Шаг №4

Если вам отказали в замене врача – жалуйтесь! Восстановить ваши права помогут в региональном органе Управления здравоохранения. В жалобе напишите, кто, когда и по какой причине отказал вам в выборе доктора. Укажите в письме ваши фамилию, имя, отчество, почтовый адрес, телефон. Укажите дату обращения и распишитесь. Жалобу отправляйте заказным письмом, чтобы она не потерялась по дороге к адресату. На рассмотрение жалобы дается 30 дней со дня ее регистрации. По результатам вы должны получить письменный ответ.

**ОБРАЗЦЫ ЗАЯВЛЕНИЙ**

**Приложение №1**

Главному врачу

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. заявителя)*

проживающего по адресу: г. \_\_\_\_\_,

ул. \_\_\_\_\_, Д. \_\_\_\_\_, кв. \_\_\_\_\_,

тел.: \_\_\_\_\_

полис обязательного медицинского  
страхования:

\_\_\_\_\_

*(наименование страховой компании, серия, номер)*

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

В соответствии со ст. 21 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» пациент имеет право на выбор лечащего врача с учетом согласия врача.

Моим лечащим врачом в данном медицинском учреждении является

\_\_\_\_\_  
*(Ф.И.О. должность лечащего врача, наименование структурного подразделения)*

Пользуясь правом на выбор лечащего врача, в соответствии с нормами вышеуказанного закона, прошу заменить лечащего врача и предоставить мне возможность получать медицинскую помощь у врача

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О., должность, наименование структурного подразделения)*

## СМЕНИТЬ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА



От выбранного врача получено соответствующее согласие.  
Причиной смены лечащего врача является:

---

---

*(Указать причину. Например, неудовлетворен качеством оказанной медицинской помощи; при обращении к врачу в медицинской помощи было отказано; выбранный врач пользуется большим доверием; у выбранного врача больше опыта; выбранный врач более квалифицирован и т.д.; другая причина)*

С положением о праве выбора/смены лечащего врача не чаще одного раза в год ознакомлен (-а).

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_ г.

Приложение №2

В Департамент (отдел, Управление)  
здравоохранения \_\_\_\_\_ области  
от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. заявителя)

проживающего по адресу: г. \_\_\_\_\_,  
ул. \_\_\_\_\_, д. \_\_\_\_\_, кв. \_\_\_\_\_,  
тел.: \_\_\_\_\_  
полис обязательного медицинского  
страхования:

\_\_\_\_\_  
(наименование страховой компании, серия, номер)

**ЖАЛОБА**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_ года мною подано заявление о замене лечащего  
врача в адрес руководителя медицинского учреждения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование медицинского учреждения)

В соответствии со ст. 21 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ  
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» пациент  
имеет право на выбор лечащего врача с учетом согласия врача.

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации (Минсоцразвития России) от 26.04.2012 №407н  
утвержден порядок содействия руководителем медицинской организации  
(ее подразделения) выбору пациентом врача в случае требования пациента  
о замене лечащего врача.

Согласно п. 2 указанного Порядка в случае требования пациента о заме-  
не лечащего врача пациент обращается к руководителю медицинской орга-  
низации (ее подразделения) с заявлением в письменной форме, в котором  
указываются причины замены лечащего врача.

На основании п. 3 Порядка руководитель медицинской организации  
(ее подразделения) в течение трех рабочих дней со дня получения заявле-



ния, указанного в п. 2 настоящего Порядка, информирует пациента в письменной или устной форме (посредством почтовой связи, телефонной связи, электронной связи) о врачах соответствующей специальности и сроках оказания медицинской помощи указанными врачами.

Однако до настоящего времени ответа на поданное мной заявление не получено и вопрос о смене лечащего врача не решен.

На основании изложенного

### ПРОШУ:

1. Провести проверку по фактам, изложенным в заявлении.
2. Решить вопрос о привлечении к ответственности виновных лиц.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_ г.



**Спасибо!**

Надеемся, что наша инструкция  
была вам полезна!

**Телефон горячей линии**

**8 800 755 55 77**

Сайт Центра защиты прав граждан  
«Справедливая Россия»

**[www.spravedlivo.center](http://www.spravedlivo.center)**

**В ТРУДНОЕ ВРЕМЯ РЯДОМ С ТОБОЙ!**