

Главному врачу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

От \_\_\_\_\_

Адрес проживания: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_

## Жалоба на ошибку при операции

\_\_\_\_\_ г. в \_\_\_\_\_

врач \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ делал мне операцию —

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

Мне сделали \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Из-за ошибки врача \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Считаю, что медицинская деятельность \_\_\_\_\_  
нарушает права пациента, которые гарантированы Федеральным законом «Об основах охраны  
здоровья граждан».

## Прошу

1. Привлечь врача \_\_\_\_\_  
к ответственности за нарушения в профессиональной деятельности, и сообщить мне о принятых  
мерах.

2. Вернуть мне деньги за \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Если мои требования не будут выполнены, я буду вынужден обратиться в Роспотребнадзор.

Приложения:

1. \_\_\_\_\_

2. Копия последнего заключения врача о \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_