ЧЕК ЛИСТ

ОТКАЗ В МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ТЮРЬМЕ

 Оказание медицинской помощи лицам, содержащимся под стражей, осуществляется в соответствии с Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 года "О здравоохранении в редакции Закона Республики Беларусь от 20 июня 2008 года" Законом Республики Беларусь от 1 июля 1999 года "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", Законом Республики Беларусь от 16 июня 2003 года "О порядке и условиях содержания лиц под стражей".

 Для оказания необходимой медицинской помощи в местах содержания под стражей организуются медицинские службы. Скорая медицинская помощь лицам, содержащимся под стражей, оказывается бригадами скорой медицинской помощи государственных организаций здравоохранения. Руководители администрации мест содержания под стражей должны приглашать для оказания медицинской помощи или консультаций медицинских работников (врачей-специалистов) государственной организации здравоохранения.

 Находящиеся под стражей имеют такое же право на медицинскую помощь, как и люди на свободе, однако право на медицинскую помощь часто нарушаются как в СИЗО, так и в местах лишения свободы. Для защиты прав и законных интересов осужденных, близкие родственники могут обращаться с заявлениями В УДИН МВД и Прокуратуру.

 В УДИН МВД по(название области)

 От ФИО, адрес , телефон

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 Я, ФИО, прихожусь матерью (или другая степень родства) осужденного ФИО, дата рождения, находящегося в (название учреждения ).

 В настоящее время мне поступила информация, что у моего сына возникли проблемы со здоровьем. В частности, ... (указать, какие именно заболевания уже имеются, какие ухудшения произошли).

 С читаю, что это стало следствием того, что необходимая медицинская помощь не оказывается (или оказывается не в полном объеме).

 На основании изложенного прошу принять необходимые меры для восстановления нарушенного права на оказание медицинской помощи в отношении моего сына, ФИО. Также, прошу установить лиц, допустивших нарушение прав ФИО на безотлагательное получение медицинской помощи, принять соответствующие дисциплинарные меры воздействия, о чем уведомить меня по указанному выше адресу.

ДАТА ПОДПИСЬ ФИО

 В Прокуратуры (полное название прокуратуры

 По месту нахождения учреждения)

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 Я, ФИО, прихожусь матерью (или другая степень родства) осужденного ФИО, дата рождения, находящегося в (название учреждения).

 В настоящее время мне поступила информация, что у моего сына возникли проблемы со здоровьем. В частности, ... (указать, какие именно заболевания уже имеются, какие ухудшения произошли).

 С читаю, что это стало следствием того, что необходимая медицинская помощь не оказывается (или оказывается не в полном объеме).

 На основании изложенного прошу принять необходимые меры для восстановления нарушенного права на оказание медицинской помощи в отношении моего сына, ФИО. Провести проверку по факту неоказания необходимой медицинской помощи, установить лиц, допустивших нарушение прав ФИО на безотлагательное получение медицинской помощи, принять соответствующие дисциплинарные меры воздействия, о чем уведомить меня по указанному выше адресу.

ДАТА ПОДПИСЬ ФИО