В территориальный орган МВД России

**Извещение о пациенте, в отношении которого имеются достаточные основания полагать о причинении вреда здоровью в результате противоправных действий**

В \_\_ дата, время поступления (обращения) пациента \_\_ в \_\_ наименование медицинской организации \_\_ поступил (обратился) гражданин \_\_ фамилия, имя, отчество, возраст (при наличии таких сведений) \_\_, проживающий по адресу \_\_ адрес регистрации по месту жительства либо по месту пребывания (при наличии таких сведений) \_\_.

В результате первичного осмотра есть основания полагать, что здоровью пациента был нанесен вред в результате противоправных действий: \_\_ характер имеющегося состояния, возможные его причины, степень тяжести состояния пациента \_\_.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Лечащий врач |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (Ф. И. О.) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Главный врач / уполномоченный медицинский работник |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (Ф. И. О.) |