НАИМЕНОВАНИЕ СУДА

Истец ФИО.…

 АДРЕС

Ответчик - Городская клиническая

больница № …

АДРЕС

**Исковое заявление**

Я, ФИО, поступил в … отделение больницы № … (дата) …. для проведения лечения по поводу ….…

(Дата)…… мне было проведено следующее лечение (обследование): ……..

При осуществлении медицинских мероприятий (указать каких именно) медицинскими работниками (ФИО) были допущены следующие дефекты: …..… (указать какие).

После указанных действий наступило ….… (указать какие именно повреждения).

(Дата) я обратился с заявлением в медицинскую страховую компанию «\*\*\*» о проведении вневедомственной экспертизы качества оказания медицинской помощи, которая выявила существенные дефекты качества медицинского обслуживания.

Расстройство здоровья подтверждается следующими документами:… (справка КЭК, амбулаторная карта и т.п.).

В настоящее время я испытываю следующие нравственные и физические страдания: … (подробно описать).

Для восстановления здоровья мне необходимо следующее лечение: …

Утрата заработка составила (по справке бухгалтерии с места работы)…

Считаю, что вред моему здоровью причинен в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи в больнице № ...

Ответчиком нарушено обязательство по качественному и безопасному оказанию медицинской помощи, предусмотренное законами:

Закон РФ "Об охране здоровья граждан";

Закон РФ "О медицинском страховании граждан в РФ";

На основании изложенного, в соответствии со ст.ст. 151, 401, 1064, 1068, 1095, ГК РФ;

ст.ст. 30, 32, 66, 68 Закона РФ "Об охране здоровья граждан";

**Прошу суд:**

1. Взыскать с ответчика компенсацию морального вреда, причиненного повреждением здоровья. Я оцениваю моральный вред в сумму …… рублей.
2. Обязать ответчика возместить мне утраченный заработок, за период, начиная, с … по … в сумме … месяц.
3. Взыскать с ответчика стоимость приобретенных мной лекарств на сумму … рублей.

**Приложение.**

1. Копии искового заявления (по числу ответчиков и третьих лиц).
2. Копия выписки из больницы № …
3. Копия справки КЭК об установлении …… группы инвалидности.
4. Копия рецепта, кассовых и товарных чеков на приобретение медикаментов, восстановительное лечение.
5. Копия справки с места работы о среднем заработке.
6. Другие материалы (указать какие).

Дата "\_ "\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017 Подпись ………………