

Информированный добровольный отказ от госпитализации по неотложным (экстренным) показаниям

Я, _____
" _____ " _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина
либо законного представителя)

зарегистрированный(ая) по адресу: _____

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении _____
" _____ " _____ г. рождения,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения
при подписании отказа законным представителем)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в ООО «Мед Фарма»
отказываюсь от предложенной мне/пациенту госпитализации по линии скорой медицинской помощи.
Медицинским работником

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского
работника)

в доступной для меня форме мне разъяснено о моем (пациента) заболевании (состоянии) и
возможных последствиях отказа от госпитализации, в том числе вероятность развития осложнений
(например, дальнейшее развитие заболевания, переход заболевания в хроническую форму, значительное
ухудшение здоровья, поражение других внутренних органов, летальный исход и др.):

_____ (указываются иные возможные последствия отказа)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя
гражданина)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" _____ " _____ Г.
(дата оформления)