

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, паспорт:

\_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

### Информированный добровольный отказ от госпитализации

Я, \_\_\_\_\_

(Ф. И. О. гражданина)

«\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в Медицинском центре «Суворовский» - ООО МЦ «Суворовский» отказываюсь от предложенной мне (пациенту) госпитализации. О своем (пациента) заболевании и возможных осложнениях его течения (например, дальнейшее развитие заболевания, переход заболевания в хроническую форму, значительное ухудшение здоровья, осложнения, поражение других внутренних органов, летальный исход и др.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- информирован(а) в доступной для меня форме. Рекомендации по лечению получил(а).

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. \_\_\_\_\_ гражданина, \_\_\_\_\_ контактный \_\_\_\_\_ телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. \_\_\_\_\_ гражданина или \_\_\_\_\_ законного \_\_\_\_\_ представителя \_\_\_\_\_ гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

"\_\_" \_\_\_\_\_ г. Время: \_\_\_\_\_

(дата оформления)