

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)