

**Информированный отказ от экстренной госпитализации**

Я, \_\_\_\_\_

Дата рождения « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ год .

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года

выдан \_\_\_\_\_

<p>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)</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**отказываюсь от предложенной мне (пациенту) экстренной госпитализации.**

О своем (пациента) заболевании и возможных осложнениях его течения информирован(а), рекомендации по лечению получил(а).

Медицинским работником мне в простой и доступной форме разъяснены возможные последствия отказа от экстренной госпитализации, в т.ч. вероятность развития жизненно угрожающих состояний вплоть до летального исхода  
\_\_\_\_\_  
/подпись пациента или законного представителя/

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно, пользуясь своим правом, предусмотренным ст.19, ст.20 ФЗ от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», **отказываюсь от экстренной госпитализации.**

Я (пациент или его законный представитель) не буду иметь каких-либо претензий к ООО «МедикалКлуб Консилиум», врачу специалисту и моему лечащему врачу в случае развития негативных последствий вследствие моего решения (добровольного отказа от экстренной госпитализации).

Подпись гражданина (или законного представителя) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года.