

(полное наименование лечебно-профилактического учреждения)

ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

На основании статьи 33 Основ законодательства Российской Федерации
об охране здоровья граждан я, _____

пациент _____
(фамилия, имя, отчество)

или законный представитель пациента _____
(наименование ЛПУ)

_____ (фамилия, имя, отчество пациента) (фамилия, имя,

отчество законного представителя, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы больного)
отказываюсь от предложенного мне (пациенту) медицинского вмешательства _____

_____ (название медицинского вмешательства)

Мне разъяснены возможные последствия отказа (прекращения лечения), а
именно:

Я (пациент или его законный представитель), не буду иметь каких-либо
претензий к лечебно-профилактическому учреждению в случае развития
негативных последствий вследствие моего решения.

Пациент (законный представитель) _____
(подпись, фамилия, имя, отчество, дата)

Лечащий врач _____
(подпись, фамилия, имя, отчество, дата)

(полное наименование лечебно-профилактического учреждения)

ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

На основании статьи 33 Основ законодательства Российской Федерации
об охране здоровья граждан я, _____

пациент _____
(фамилия, имя, отчество)

или законный представитель пациента _____
(наименование ЛПУ)

_____ (фамилия, имя, отчество пациента) (фамилия, имя,

отчество законного представителя, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы больного)
отказываюсь от предложенного мне (пациенту) медицинского вмешательства _____

_____ (название медицинского вмешательства)

Мне разъяснены возможные последствия отказа (прекращения лечения), а
именно:

Я (пациент или его законный представитель), не буду иметь каких-либо
претензий к лечебно-профилактическому учреждению в случае развития
негативных последствий вследствие моего решения.

Пациент (законный представитель) _____
(подпись, фамилия, имя, отчество, дата)

Лечащий врач _____
(подпись, фамилия, имя, отчество, дата)