

**ОБЛАСТНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«КУРСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ»**

Информированный отказ от госпитализации

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
_____ года рождения, проживающий(-ая) по адресу: _____

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:

**ОБЛАСТНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«КУРСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ»**

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

Настоящим подтверждаю добровольный отказ от госпитализации меня (представляемого) в
ОБУЗ «КГКБСМП»

Я осведомлен(а) о своем заболевании (заболевании представляемого).
Медицинским работником в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия отказа
от госпитализации, в т.ч. вероятность развития осложнений моего заболевания (состояния)
(заболевания представляемого), вплоть до летального исхода.

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 госпитализации.

Рекомендации по лечению получил(а), прочитал(а), они мне понятны.

Я не буду иметь каких-либо претензий к ОБУЗ «Курская городская клиническая больница
скорой медицинской помощи» в случае развития негативных последствий вследствие моего
решения.

« _____ » _____ 2022 года.

Подпись гражданина/законного
представителя

х

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (подпись)
(должность, И.О.Фамилия)

х