Я, {{ representative\_fio }},

{{ representative\_birth }} г.р.,

проживающий по адресу: {{ representative\_address }},

в отношении {{ patient\_fio }} ({{ patient\_birth }} г.р.),

проживающего по адресу: {{ patient\_address }},

настоящим подтверждаю, что информирован(а) врачом {{ doctor\_name }}

о состоянии здоровья пациента, характере заболевания, возможных осложнениях

и последствиях отказа от госпитализации.

Добровольно отказываюсь от госпитализации по причине: {{ refusal\_reason }}.

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата: {{ date }}