**{{ org\_fullname }}  
{{ department\_name }}**История болезни № {{ номер\_истории }}

ОТКАЗ ОТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Я **{{ ФИО\_пациента }}, {{ дата\_рождения }}г.р.**, проживающий(ая) по адресу: {{ адрес }},

|  |
| --- |
| **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) ребёнка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)  на основании: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента) |

пациент организации здравоохранения или законный представитель пациента **отказываюсь   
от предложенной** мне(представляемому) **госпитализации.**

О своем заболевании (заболевании представляемого)

{{ МКБ }} {{ МКБ10\_расшифровка }}

**Основной:** {{ Основной\_диагноз }}

**Сопутствующий:** {{ Сопутствующий\_диагноз }}

(установленный и/или предварительный диагноз в соответствии с МКБ)

и возможных осложнениях его течения: недостаточный уровень восстановления, усиление неврологической симптоматики, гипостатические осложнения, пневмония, ТЭЛА, летальный исход, выраженная инвалидизация, снижение уровня мобильности, независимости и самообслуживания

информирован(а), рекомендации по лечению получил(а).

**Я** (пациент или его законный представитель) **не буду иметь каких-либо претензий** к организации здравоохранения в случае развития негативных последствий вследствие моего решения.

{{ дата\_выписки }} / {{ ФИО\_пациента }}

(подпись) (расшифровка подписи)

Настоящий документ оформлен {{ ФИО\_врача\_полностью }}, лечащий врач

{{ дата\_выписки }} / {{ ФИО\_врача\_полностью }}

(подпись) (расшифровка подписи)

Если пациент по каким-либо причинам не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется двумя подписями (с расшифровкой) медицинских сотрудников медицинской организации.

{{ нмпп\_дата\_выписки }} /

(подпись) (расшифровка подписи)

{{ нмпп\_дата\_выписки }} /

(подпись) (расшифровка подписи)