|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  | Приложение № 6-А к распоряжению Департамента здравоохранения от 14.04.2006 № 260 р | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***ГБУЗ «ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова ДЗМ»*** | | | | | | | | |
|  |  | (полное наименование лечебно-профилактического учреждения) | | | | |  |  |
| **Отказ** | | | | | | | | |
| **От медицинского вмешательства** | | | | | | | | |
| На основании статьи 33 Основ законодательства Российской Федерации об охране | | | | | | | | |
| здоровья граждан я, | | **{patient.fullname}** | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| пациент ГБУЗ «ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова ДЗМ» | | | | | | | | |
| или законный представитель пациента | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | |
| фамилия, имя, отчество, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы больного) | | | | | | | | |
| отказываюсь от предложенного мне (пациенту) 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) | | | **{date}** | **√** | **{patient.initials}** | | | |
|  |  |  | (фамилия, имя, отчество, дата) | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Лечащий врач | | | **{date}** |  | **{doctor.who.short}** | | | |
|  |  |  | (фамилия, имя, отчество, дата) | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |