|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | Приложение № 2 | |  |
|  |  |  |  |  |  | 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 дальнейшего стационарного лечения** | | | | | | | | |
| Я, | **{patient.fullname}** | | | | | | | |
|  | (фамилия, имя, отчество) | | | | | | | |
| пациент | ГБУЗ «ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова ДЗМ» | | | | | | | |
|  |  | (наименование ЛПУ) | | | | | |  |
| или законный представитель пациента | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | |
| (фамилия, имя, отчество, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы больного) | | | | | | | | |
| отказываюсь от дальнейшего стационарного лечения. | | | | | | | | |
| О своем (пациента) заболевании и возможных осложнениях его | | | | | | | | |
| течения информирован(а), рекомендации по лечению получил(а). | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 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 | |  | | --- | |  | |  | **{patient.initials}** | | | **{date}** | | |
| (законный представитель) | | | (подпись, Ф.И.О., дата) | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  |  | Врач | **{doctor.who.short}** | | | **{date}** | | |
|  |  |  | (подпись, Ф.И.О., дата) | | | | | |