

БУЗ ВО «Череповецкий городской родильный дом»

**ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
(ОТ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ)**

Я, _____ «____» _____ г. рождения
(Ф.И.О. гражданина)

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства пациента)

отказываюсь от предложенного мне стационарного лечения в БУЗ ВО «Череповецкий городской родильный дом».

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

подробно, в доступной для меня форме, мне разъяснены возможные последствия отказа от стационарного лечения, в том числе вероятность развития осложнений. Мне даны полные и всесторонние сведения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего состояния, диагнозе, прогнозе, методах лечения.

Я осознаю, что отказ от стационарного лечения может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья и здоровья моего ребенка и привести к неблагоприятному исходу. Я не буду иметь каких либо претензий к БУЗ ВО «Череповецкий городской родильный дом» в случае развития негативных последствий вследствие моего решения. Я ознакомлена и согласна со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении стационарного лечения, в отношении которого оформлен настоящий отказ, я имею право повторно обратиться для осуществления стационарного лечения.

Дополнительная информация:

(указывается врачом)

(подпись) _____ (Ф.И.О. пациента)

(подпись) _____ (Ф.И.О. медицинского работника)

«____» _____ г.

БУЗ ВО «Череповецкий городской родильный дом»

**ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
(ОТ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ)**

Я, _____ «____» _____ г. рождения
(Ф.И.О. гражданина)

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства пациента)

отказываюсь от предложенного мне стационарного лечения в БУЗ ВО «Череповецкий городской родильный дом».

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

подробно, в доступной для меня форме, мне разъяснены возможные последствия отказа от стационарного лечения, в том числе вероятность развития осложнений. Мне даны полные и всесторонние сведения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего состояния, диагнозе, прогнозе, методах лечения.

Я осознаю, что отказ от стационарного лечения может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья и здоровья моего ребенка и привести к неблагоприятному исходу. Я не буду иметь каких либо претензий к БУЗ ВО «Череповецкий городской родильный дом» в случае развития негативных последствий вследствие моего решения. Я ознакомлена и согласна со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении стационарного лечения, в отношении которого оформлен настоящий отказ, я имею право повторно обратиться для осуществления стационарного лечения.

Дополнительная информация:

(указывается врачом)

(подпись) _____ (Ф.И.О. пациента)

(подпись) _____ (Ф.И.О. медицинского работника)

«____» _____ г.