

Отказ от дальнейшего лечения:

На основании ст. 33 Основ законодательства Российской Федерации об
охране здоровья граждан я,

_____ находясь на стационарном лечении в _____
_____ отделении МУ «Порховская ЦРБ»
отказываюсь от предложенного мне дальнейшего лечения.

Моим лечащим врачом _____ мне
разъяснены возможные последствия отказа от прекращения лечения, а
именно:

- повторный рецидив заболевания,
- осложнения заболевания,
- смерть.

Все разъяснения получены _____
мною, _____ в доступной для меня форме, у
меня была возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я, _____, осознаю все
возможные последствия моего решения об отказе от дальнейшего лечения в
стационаре и не буду иметь каких-либо претензий к лечебно-
профилактическому учреждению МУ «Порховская ЦРБ» в случае развития
негативных последствий вследствие моего решения.

Пациент (или законный представитель)

_____ (подпись,
фамилия, имя, отчество, дата).

Лечащий врач

