

**ООО «Лечебно-диагностический центр «Кутузовский»
(ЛДЦК)**

**О Т К А З
от госпитализации**

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента)

находясь на обследовании в ЛДЦК добровольно и сознательно отказываюсь от предложенной мне врачом _____ госпитализации.
(Ф.И.О. врача)

Мне предоставлена врачом полная и достоверная информация о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания, включая данные о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Мне подробно в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия моего отказа от предлагаемой госпитализации. Я осознаю, что отказ от медицинского вмешательства (лечения) может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья и даже привести к неблагоприятному исходу.

Возможные последствия отказа от госпитализации (указываются врачом):

Дополнительная информация:

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и мною поняты, добровольно, пользуясь своим правом, предусмотренным ст. 20 Федерального Закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», отказываюсь от госпитализации.

Я (пациент) _____, не буду иметь каких-либо претензий к ЛДЦК в случае развития негативных последствий вследствие моего решения.

Пациент

(Ф.И.О.) (подпись)

Расписался в моем присутствии:

Врач: _____
должность (Ф.И.О.) (подпись)

Дата « ____ » _____ 20__ г.