

## ОТКАЗ ОТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Я, \_\_\_\_\_  
*(Ф.И.О. законного представителя пациента-ребенка, находящегося на лечении в*

отказываюсь от предложенной моему ребенку

\_\_\_\_\_  
*(Ф.И.О. пациента-ребенка)*

госпитализации в \_\_\_\_\_  
*(название ЛПУ)*

по поводу \_\_\_\_\_  
*(цель госпитализации)*

О заболевании моего ребенка и возможных осложнениях его течения информирован(а), рекомендации по лечению получил(а).

Я не буду иметь каких-либо претензий к \_\_\_\_\_ в  
случае развития негативных последствий вследствие моего решения.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

**Законный представитель пациента-ребенка** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*(подпись) (Ф.И.О)*

**Лечащий врач** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*(подпись) (Ф.И.О)*

\* Я, \_\_\_\_\_  
*(Ф.И.О. законного представителя пациента-ребенка, находящегося на лечении в*

отказываюсь от подписи настоящего документа. Данный факт подтверждают следующие свидетели:

1. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*(подпись) (Ф.И.О. полностью)*

2. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*(подпись) (Ф.И.О. полностью)*

3. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*(подпись) (Ф.И.О. полностью)*