**ОТКАЗ ОТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ**

Я,
(фамилия, имя, отчество)
пациент
(наименование ЛПУ)
или законный представитель пациента

(фамилия, имя, отчество, реквизиты документа,подтверждающего право представлять интересы больного)
отказываюсь от предложенной мне (пациенту) госпитализации.

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 медицинской организации в случае развития негативных последствий вследствие моего решения.

Пациент
(законный представитель)
 (подпись, фамилия, дата)
Врач
 (подпись, фамилия, дата)

В этом случае врач приемного отделения обязан:
— оформить медицинскую карту стационарного больного;
— вызвать в приемное отделение для осмотра больного врача-специалиста профильного отделения;
— подробно записать в историю болезни результаты осмотра;
— проинформировать об отказе от госпитализации заведующего профильным отделением, заместителя руководителя МО по медицинской части (в вечернее, ночное время, праздничные и выходные дни – ответственного дежурного по госпиталю);
— оформить форму «Отказ от проведения медицинского вмешательства».
Форма подписывается пациентом, врачом приемного отделения, врачом специалистом профильного отделения и заведующим приемным отделением (в выходные и праздничные дни, в вечернее и ночное время – ответственным дежурным по госпиталю);
— выдать больному справку о пребывании в приемном отделении с указанием результатов осмотра и проведенных исследований, диагноза, лечебных и трудовых рекомендаций.