

Отказ от госпитализации несовершеннолетнего по медицинским показаниям в медицинскую организацию, находящуюся за пределами ФГБОУ «МДЦ «Артек»

Заполняется только при личном присутствии родителя (законного представителя) в МДЦ «Артек»

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

« _____ » _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____

Законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель – подчеркнуть)

(Ф.И.О. несовершеннолетнего до 15 лет, несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет)

отказываюсь от госпитализации несовершеннолетнего

(Ф.И.О. несовершеннолетнего до 15 лет, несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет)

родителем/законным представителем которого я являюсь, по медицинским показаниям в медицинскую организацию, находящуюся за пределами ФГБОУ «МДЦ «Артек» (далее – Центр) для оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи.

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

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от госпитализации несовершеннолетнего по медицинским показаниям в медицинскую организацию, находящуюся за пределами Центра для оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи (далее – отказ от госпитализации), в том числе вероятность развития осложнений заболевания и критических состояний. Мне разъяснено, что я имею право оформить согласие на госпитализацию несовершеннолетнего по медицинским показаниям в медицинскую организацию, находящуюся за пределами ФГБОУ «МДЦ «Артек».

(Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись)

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Настоящее согласие действует на время пребывания моего ребенка в Центре.

Я оставляю за собой право отозвать свой отказ от госпитализации посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Центра по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Центра.

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

« _____ » _____ 20 _____ г.

(дата оформления)