

_____ (наименование организации здравоохранения)

Карта вызова бригады скорой медицинской помощи № _____
_____ 20__ г.

Отказ от оказания медицинской помощи, транспортировки бригадой СМП
в больничную организацию здравоохранения

Я, _____,
(ФИО пациента, либо законного представителя, либо супруга(ги), близкого родственника пациента)
зарегистрированный по адресу: _____,
отказываюсь от _____

_____ (меня, моего супруга(ги), моего ребенка, моего близкого родственника (ФИО))

Мне в доступной для меня форме даны разъяснения о возможных последствиях моего отказа.
_____ 20__ г. _____ час. _____ мин.

_____/_____
(ФИО, подпись пациента, либо законного представителя, либо супруга(ги), либо близкого родственника) (ФИО, подпись врача СМП/фельдшера)

Раздел заполняется в случае отказа пациента либо законного представителя от подписи

Гражданин _____
(ФИО полностью)

от подписи в отказе от оказания медицинской помощи, транспортировки бригадой СМП в больничную организацию здравоохранения отказался.

Информация о необходимости медицинского вмешательства с указанием возможных последствий отказа до его (ее) сведения доведена.

ФИО и подписи свидетелей (не менее 2)

_____/_____
_____/_____