

סופס סרוב מטופל או אפוטרופוס לקבלת שרותים רפואיים

**Отказ пациента/законного представителя от медицинского лечения**

Я, нижеподписавшийся

_____	_____	_____	_____
Имя	Фамилия	Уд. личности	Адрес

Заявляю, что я отказываюсь от рекомендованного лечения

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

по своему собственному желанию и решению, в разрез с советами и объяснениями, которые я получил от лечащих врачей и их требованиями так не поступать.

Я информирован о своем здоровье и знаю об опасностях, связанных с отказом от вышеназванного медицинского лечения, и я снимаю всю ответственность с больничной кассы Каллит, всех врачей или других ее работников за последствия, которые могут возникнуть в результате отказа от рекомендованного мне лечения.

Я не предъявляю и не предъявлю больничной кассе Каллит, любому врачу или работнику больничной кассы никаких претензий или исков в связи с вышесказанным.

Сказанное в данном документе относится ко мне и к любому, кто будет вместо меня.

\_\_\_\_\_

Подпись пациента/законного представителя

Свидетели подписи (В случае отказа подписывать документ - свидетели объяснений, данных больному и его отказа подписываться)

_____	_____	_____
Имя	Фамилия	Должность

_____	_____	_____
Имя	Фамилия	Должность

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה  
SOROKA UNIVERSITY MEDICAL CENTER



הנהלת בית החולים

Число

Время