

טופס סרוב מטופל לקבלת דם ומוצריו

### Отказ пациента от переливания крови и препаратов крови

Для управления больницы **Сорока**

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_ номер уд. личности \_\_\_\_\_

заявляю, что отказываюсь от переливания крови и препаратов крови по своему собственному желанию и решению, в разрез с советами и объяснениями, которые я получил от моих лечащих врачей и их требованиями так не поступать.

Я информирован о своем здоровье, и после того как мне объяснили об опасностях, связанных с отказом от данной медицинской процедуры, снимаю всю ответственность с больницы, всех врачей или других ее работников за последствия, которые могут возникнуть в результате отказа от данной процедуры. И я не предъявляю и не предъявлю больнице, любому врачу или работнику этой больницы никаких претензий или исков в связи с вышесказанным.

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

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_ подтверждаю, что пациент

\_\_\_\_\_

номер уд. личности \_\_\_\_\_ подписал в моем присутствии этот документ по своей доброй воле и, по моему мнению, в здравом уме и твердой памяти, после того, как ему были объяснены опасности, связанные с отказом от получения вышеназванной медицинской процедуры.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Число

Подпись свидетеля (врача)

**Краткое содержание разъяснений, полученных пациентом:**

---

---

---

---

---

**Примечания:**

---

---

**Примечания к согласию, место беседы**

---

**На беседе присутствовали:**

---

Число \_\_\_\_\_ Время \_\_\_\_\_ Подпись пациента

---

Имя законного представителя Подпись представителя

(в случае недееспособного, несовершеннолетнего или душевнобольного)

Я подтверждаю, что объяснил в устной форме пациенту/законному представителю пациента все вышесказанное подробно, насколько это необходимо, и что он подписал согласие в моем присутствии, после того как я убедился, что он полностью понял мои объяснения.

---

Имя врача и подпись

---

Номер врачебного удостоверения