

ქართული საეფიუიერო ბაჲეოლოგიის სენტრი



**პაციენტის წერილობითი
ინფორმირებული უარი სამედიცინო
მომსახურების გაგრძელებაზე**

მე, ----- (პაციენტის სახელი და გვარი),

პ/ნ: -----, ისტ ნ. ----- ტელ:-----

წინამდებარე დოკუმენტზე ხელის მოწერით ვადასტურებ, რომ მკურნალი ექიმისგან მივიღე სრული ინფორმაცია სამედიცინო მომსახურების არსისა და საჭიროების, ჩემი ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის ამ მომსახურებასთან დაკავშირებული რისკებისა და შედეგების, ფინანსური და სოციალური საკითხების, ასევე, მკურნალობის გაგრძელებაზე უარის თქმის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ და მსურს, ნების თავისუფალი გამოვლენის საფუძველზე, უარი განცვაცხადო შემოთავაზებულ მკურნალობაზე. აქვე ვადასტურებ, რომ სრული მოცულობით ვაანალიზებ ჩემი ქმედების შესაძლო მართლსაწინააღმდეგო შედეგის დადგომის შესაძლებლობას და არანაირი პრეტენზია შ.პ.ს. "თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტისა და ინგოროყვას მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების საუნივერსიტეტო კლინიკა"-ს მიმართ არ გამაჩნია. პაციენტს პასუხი გაეცა ყველა მისთვის საინტერესო კითხვაზე და მიეწოდა სრული ინფორმაცია.

მკურნალი ექიმი: ----- ხელმოწერა: -----

1

პაციენტის ხელმოწერა -----

