

საქართველოს მდგრადი მიზანის ცენტრი



პაციენტის წერილობითი
ინფორმირებული უარი სამედიცინო
მომსახურების გაგრძელებაზე

Письменный информированный отказ
пациента от продолжения

პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული უარი სამედიცინო მომსახურების გაგრძელებაზე
Письменный информированный отказ пациента от продолжения медицинских услуг

Я, ----- (ФИО пациента),

ID пациента: -----, ID дела ----- Тел: -----

Подписывая этот документ, я подтверждаю, что получил полную информацию от лечащего врача о характере и необходимости медицинской услуги, рисках и последствиях, связанных с этой услугой для моего здоровья и жизни, финансовых и социальных вопросах, а также о возможных последствиях отказа от продолжения лечения. Основываясь на своей свободной воле, я желаю заявить об отказе от предложенного лечения. Я также подтверждаю, что полностью осознаю возможные незаконные последствия своих действий и не имею претензий к "Тбилисскому государственному медицинскому университету и Ингоровской университетской клинике высоких медицинских технологий." Пациент получил ответы на все свои вопросы и был обеспечен полной информацией.

1

Лечащий врач: ----- Подпись: -----

Подпись пациента -----

