

ქართული სახელმწიფო ბავშვთა ჯანდაცვის ცენტრი



**პაციენტის წერილობითი  
ინფორმირებული უარი სამედიცინო  
მომსახურების გაგრძელებაზე**

**Письменный информированный отказ  
пациента от продолжения**

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 -----

