Форма заявления на отказ от проведения вскрытия

Приложение N1 к Распоряжению Департамента здравоохранения г. Москвы от 14 апреля 2006 г. N260-р "О внедрении форм документов для правового обеспечения лечебно-диагностического процесса в подведомственных лечебно-профилактических учреждениях"

|  |  |
| --- | --- |
|  | Главному врачу |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | (наименование ЛПУ, ФИО врача) |

 ЗАЯВЛЕНИЕ

На основании статьи 67 Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", пункта 1 статьи 5 Федерального закона от 12.01.1996 г. N 8 "О погребении и похоронном деле", приказа Департамента здравоохранения города Москвы от 23.02.1996 г. N 101

|  |
| --- |
| Я, |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

 (Ф.И.О., паспортные данные, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы умершего)

близкий родственник, законный представитель умершего, лицо, взявшее на себя обязанности погребения (нужное подчеркнуть), отказываюсь от проведения патологоанатомического вскрытия умершего

|  |
| --- |
|  |

 (место смерти и дата)

|  |
| --- |
|  |

(ФИО и возраст умершего)

по причине (нужное подчеркнуть):

* по религиозным мотивам;
* по иным мотивам, основаниям (указать):

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Я информирован о невозможности проведения экспертного анализа в случае сомнений в качестве медицинской помощи при отсутствии патологоанатомического вскрытия.

 Я не имею претензий к медицинскому персоналу

|  |
| --- |
|  |

(наименование ЛПУ)

по поводу качества диагностики и лечения.

« » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (фамилия и инициалы\_