Отказ от вызова бригады "Скорой медицинской помощи"

Я, ФИО пациента , Дата рождения пациента г.р ,паспорт Номер паспорта пациента ,проживающий по адресу: Адрес места жительства пациента

отказываюсь от вызова бригады "Скорой медицинской помощи"
Медицинским работником
_____

в доступной для меня форме мне разъяснены опасность и возможные последствия отказа от вызова бригады "СП", в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)
_____
_____

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости,я могу вызвать "СП" самостоятельно.Направление на госпитализацию и рекомендации по приему лекарственных средств мною получены. Претензий к ООО "Семейный доктор" не имею.

_____ подпись пациента

_____ подпись мед.работника