.............................................

*(pieczątka)*

**Miejscowość, data:** ................................................  
**Godzina:** .................................................................

**Imię i nazwisko pacjenta:** ........................................................................................................................  
**PESEL / data urodzenia:** .........................................................................................................................  
**Adres pacjenta:** ........................................................................................................................................

**Uzasadnienie odstąpienia od leczenia:**

Na podstawie art. 38 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 7 Kodeksu etyki lekarskiej odstępuję od leczenia ww. pacjenta z następującej przyczyny:

☐ brak współpracy ze strony pacjenta  
☐ utrata zaufania do lekarza  
☐ agresywne zachowanie wobec lekarza lub przybranego personelu

☐ inne: ............................................................................................................

**Opis okoliczności:**  
.........................................................................................................................  
.........................................................................................................................

**Informacja dla pacjenta:**  
Pacjent został poinformowany o przyczynie odstąpienia od leczenia oraz o możliwości kontynuowania opieki medycznej u innego lekarza lub w innej placówce:

**Sugerowana placówka / lekarz:**  
.........................................................................................................................

**Pacjent:**  
☐ przyjął informację do wiadomości  
☐ odmówił przyjęcia informacji  
☐ inne: ............................................................................................................

**Podpis i pieczątka lekarza:**  
....................................................  
imię i nazwisko / PWZ

**Zgoda przełożonego (w przypadku lekarzy zatrudnionych na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby):**

Wyrażam zgodę na odstąpienie od leczenia pacjenta …………………………………………….

**Podpis i pieczątka przełożonego:**  
....................................................  
imię i nazwisko / PWZ