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

*(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