

WZÓR ODSTĄPIENIA OD LECZENIA PACJENTA
(do wypełnienia i załączenia do dokumentacji medycznej)

.....
(pieczęć)

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 pieczęć 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 pieczęć przełożonego:

.....
imię i nazwisko / PWZ