

Главному врачу

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(наименование ЛПУ, Ф.И.О.)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

На основании статьи 48 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, пункта 1 статьи 5 Федерального закона от 12.01.1996 N 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле», приказа Департамента здравоохранения города Москвы от 23.02.1996 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 и дата смерти, Ф.И.О. 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.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_ г. \_\_\_\_\_

(подпись заявителя, Ф.И.О., дата)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_ г. \_\_\_\_\_

(подпись, Ф.И.О. должностного лица ЛПУ, дата)