

Главному врачу

(наименование медицинского учреждения, ФИО)

ЗАЯВЛЕНИЕ

На основании ст.67 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст.ст. 5 и 6 Федерального закона от 12.01.1996 года №8-ФЗ «О погребении и похоронном деле»

Я, _____

Ф.И.О.

Паспорт серии _____ номер _____ выдан _____ года

Степень родства (нужное подчеркнуть):

1. Близкий родственник; 2. Законный представитель умершего; 3. Лицо, взявшее на себя обязанности по захоронению.

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(а) о невозможности проведения экспертного анализа в случае сомнений в качестве медицинской помощи при отсутствии патологоанатомического вскрытия. Не имею претензий к медицинскому персоналу по поводу качества диагностики и лечения.

«____» _____ 202__ года

подпись, Ф.И.О. заявителя

Для пометок сотрудника учреждения

«____» _____ 202__ года

подпись, Ф.И.О. должность