

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, являющийся законным представителем

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина)  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, с Правилами внутреннего распорядка ГБУЗ «ЧОЦР» и Порядком посещения пациентов ГБУЗ «ЧОЦР» ознакомлен(а) и информирован(а), что грубое нарушение назначенного режима лечения и Правил внутреннего распорядка ГБУЗ «ЧОЦР» может повлечь досрочную выписку с внесением записи об этом в медицинскую документацию.

Я информирован(а), что госпитализация пациента на медицинскую реабилитацию в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи осуществляется в плановой форме в условиях круглосуточного стационара. Пациенту назначено лечебное питание в соответствии с номенклатурой постоянно действующих диет. Для получения и закрепления результатов лечения пациентам на время госпитализации запрещено покидать стационар. Несоблюдение назначенного режима лечения, невыполнение рекомендаций лечащего врача, может снизить качество и безопасность оказываемой медицинской помощи, привести к незавершению лечения, повлечь неэффективное расходование денежных средств на продукты питания.

Я информирован(а), что при отказе пациента (либо его законного представителя) от госпитализации или продолжения лечения в отделении медицинской реабилитации оформляется информированный добровольный отказ. В случае необходимости направления на консультацию или госпитализацию в другие медицинские учреждения пациенту лечащим врачом выдаётся направление установленного образца и выписка из медицинской карты с подписью лечащего врача и заведующего отделением. **Самовольное оставление стационара отделения медицинской реабилитации ГБУЗ «ЧОЦР», а также выход пациентов за пределы территории ГБУЗ «ЧОЦР» не допускается.**

Я информирован(а), что выписка производится лечащим врачом по согласованию с заведующим отделением до 12-00 часов ежедневно, кроме субботы и воскресенья.

Я информирован(а), пропуск к пациентам осуществляется сотрудниками КПП ГБУЗ «ЧОЦР» с записью в журнале посещений по предъявлению паспорта с согласия пациента и на основании разрешения заведующего отделением или лечащего врача - в установленное для посещений время.

Я информирован(а), что в период введения ограничительных мероприятий (карантин) посещения пациентов не осуществляются.

Я информирован(а), что курение и потребление (распитие) алкогольной продукции, нахождение на территории и в помещениях ГБУЗ «ЧОЦР» в состоянии алкогольного опьянения может повлечь административную ответственность на основании статей 6.24., 20.20, 20.21., 20.22 КоАП РФ.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата оформления)