

Главному врачу  
ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ»  
Т.В. Кравченко

### ЗАЯВЛЕНИЕ

На основании статьи 67 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», пункта 1 статьи 5 Федерального закона от 12.01.1996 № 8 «О погребении и похоронном деле»

Я, \_\_\_\_\_  
ФИО гражданина  
паспорт серия и номер \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
наименование органа, выдавшего паспорт

Документ, подтверждающего право представлять интересы умершего

реквизиты документа законного представителя  
близкий родственник ( \_\_\_\_\_ ), законный представитель умершего,  
лицо, взявшее на себя обязанности погребения (нужное вписать/подчеркнуть),  
**отказываюсь от проведения патолого-анатомического вскрытия умершего**  
в ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ»  
**филиал «Первый Московский хоспис имени В.В. Миллионщиковой»**  
место смерти \_\_\_\_\_ наименование филиала \_\_\_\_\_ дата смерти \_\_\_\_\_

Ф.И.О. умершего \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
дата рождения \_\_\_\_\_

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 медицинской организации ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ» филиал «Первый Московский хоспис имени В.В. Миллионщиковой»

наименование филиала  
по поводу качества диагностики и лечения.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись заявителя \_\_\_\_\_ Ф.И.О. заявителя \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись \_\_\_\_\_ Ф.И.О. лечащего/дежурного врача \_\_\_\_\_