

Главному врачу

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование ЛПУ, Ф.И.О.)

### 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, \_\_\_\_\_  
(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 смерти и дата)

\_\_\_\_\_  
(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 медицинской организации

\_\_\_\_\_  
(наименование учреждения государственной системы здравоохранения)  
по поводу качества диагностики и лечения.

"\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_ г. \_\_\_\_\_  
(дата, подпись заявителя, Ф.И.О)

"\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_ г. \_\_\_\_\_  
(дата, подпись, Ф.И.О. должностного лица учреждения  
государственной системы здравоохранения)