

ОТКАЗ ОТ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Я _____

(фамилия, имя, отчество - полностью)

_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, паспорт: _____, выдан: _____ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в отделении _____

(название отделения, номер палаты)

отказываюсь от проведения медицинского вмешательства/ стационарного лечения (нужное подчеркнуть).

- Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние сведения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания, включая данные о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения;

- Мне подробно в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия моего отказа от предлагаемого медицинского вмешательства/стационарного лечения. Я осознаю, что отказ от медицинского вмешательства /стационарного лечения может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья и даже привести к неблагоприятному исходу.

Возможные последствия отказа от медицинского вмешательства (стационарного лечения): _____

(указываются врачом)

Дополнительная информация: _____

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно, пользуясь своим правом, предусмотренным ФЗ № 323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», отказываюсь от проведения медицинского вмешательства/стационарного лечения (нужное подчеркнуть).

" ____ " _____ 20 ____ года. Подпись пациента/законного представителя

X

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (подпись)

X

(Должность. И.О. Фамилия)

ПРИМЕЧАНИЕ:

Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать прекращения стационарного лечения.

НЕ ДОПУСКАЕТСЯ отказ от лечения или медицинского вмешательства лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

При отказе от медицинского вмешательства/стационарного лечения гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства/стационарного лечения с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником.

При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста 15 лет, либо законных представителей лица, признанного в установленном законном порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц.

От подписи бланка добровольного информированного согласия на отказ от проведения медицинского вмешательства/стационарного лечения отказался (отказалась):

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

" ____ " _____ 20__ года