

Государственное автономное учреждение здравоохранения
«Нижекамская центральная районная многопрофильная больница»

Отказ от медицинского вмешательства

Я _____

(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения)

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 в стационарных условиях в отделении _____

(название отделения)

отказываюсь от проведения медицинского вмешательства мне (представляемому).
Вид медицинского вмешательства: _____

- Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние сведения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (заболевания представляемого), 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 (отказа представляемого) от предлагаемого медицинского вмешательства. Я осознаю, что отказ от медицинского вмешательства (лечения) может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья представляемого) и даже привести к неблагоприятному исходу.

Возможные последствия отказа от медицинского вмешательства: _____

(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 статьей 20 ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации», отказываюсь от проведения мне медицинского вмешательства (лечения).

« _____ » 20 ____ года. Подпись пациента/законного представителя ☒

Расписался в моем присутствии:

Врач _____

(Должность, И.О. Фамилия)

(подпись) ☒

СМОТРИТЕ ОБОРОТ БЛАНКА



Примечание:

При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства 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 законом порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц.

**Акт
об отказе**

Мы, нижеподписавшиеся удостоверяем, что пациент(ка) _____

(ф.и.о. пациента)

отказался(ась) от медицинского вмешательства, указанного в бланке «Отказ от медицинского вмешательства» и отказался(ась) от подписи на бланке «Отказ от медицинского вмешательства», о последствиях отказа от медицинского вмешательства был предупрежден(а).

Дата _____

Должность, ФИО, подписи медицинских работников:

1. _____

2. _____