

Приложение N2

УТВЕРЖДЕН

приказом БУ РК «РОД им. Тимошкаевой Э.С.»

от .03.20 г. N

БУ РК «РОД им. Тимошкаевой Э.С.»

(наименование структурного подразделения)

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 мне (представляемому).

- Мне, в соответствии со статьей 20. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", согласно моей воли 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 Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" отказываюсь от проведения медицинского вмешательства (лечения).

"__" _____ 20__ года. Подпись пациента _____
законного представителя _____
Расписался в моем присутствии: _____
Врач _____
(Должность, И.О.Фамилия) (подпись)

СМОТРИТЕ ОБОРот БЛАНКА

Примечание:

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

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 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.

От подписи бланка добровольного информированного согласия на отказ от проведения медицинского вмешательства 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