

Отказ от проведения медицинского вмешательства

Я _____
(ФИО гражданина)
_____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства)

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: _____

(ФИО ребенка или лица, признанного недееспособным)

_____ года рождения, зарегистрированного по адресу _____

отказываюсь от: _____

- 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)

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно, пользуясь своим правом, со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» отказываюсь от проведения медицинского вмешательства (лечения).

« ____ » _____ 20__ года

Подпись пациента/законного представителя _____ / _____
ФИО(полностью) подпись

Расписался в моем присутствии:

Врач _____
(должность специалиста, фамилия, имя, отчество)

От подписи бланка отказа 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 _____ / _____