

Отказ от проведения медицинского вмешательства

Я _____
(фамилия, имя, отчество)
_____ 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.

находясь на лечении (обследовании) в ООО «Лечебно-диагностический центр «Кутузовский»,
отказываюсь от проведения медицинского вмешательства (включая диагностические исследования)
мне (представляемому) _____
(название медицинского вмешательства)

- Мне 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 и мною поняты, добровольно, пользуясь своим правом,
предусмотренным ст. 20 Федерального Закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья
граждан", отказываюсь от проведения медицинского вмешательства (лечения). _____

Я (пациент или его законный представитель), не буду иметь каких-либо претензий к ЛДЦК в случае
развития негативных последствий вследствие моего решения.

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

Расписался в моем присутствии: _____

Врач _____ (подпись)
(Должность, ФИО)

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.

На основании пункта 3 статьи 17 Федерального закона от 09.01.1996 года N 3-ФЗ "О радиационной безопасности населения" гражданин (пациент) имеет право отказаться от медицинских рентгенорадиологических процедур, за исключением профилактических исследований, проводимых в целях выявления заболеваний, опасных в эпидемиологическом отношении.

На основании пункта 2 статьи 9 Федерального закона от 18.06.2001 года N 77-ФЗ "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации" диспансерное наблюдение за больными туберкулезом устанавливается независимо от согласия таких больных или их законных представителей.

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 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 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