

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры
«Окружной кардиологический диспансер
«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»
Отказ от проведения медицинского вмешательства

В соответствии со статьей 19, 20 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

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 БУ ОКД «ЦД и ССХ» я отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств:

V _____

(название медицинского вмешательства указывается лечащим врачом)

- 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:

V _____

(указываются врачом)

- 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 "Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан", отказываюсь от проведения медицинского вмешательства (лечения).

- Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

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

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (подпись) _____
(должность, Ф.И.О.)