Отказ от медицинского вмешательства

*Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_г. р.*

*(Ф.И.О. Пациента)*

|  |
| --- |
| Этот раздел бланка заполняется только законным представителем 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)* |

***Отказываюсь от проведения мне (пациенту, законным представителем которого я являюсь) медицинского вмешательства***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование вида медицинского вмешательства)*

настоящим подтверждаю, что в соответствии со ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно моей воле, в доступной для меня форме, проинформирован-(а) сотрудниками ООО СК «Улыбка» о состоянии моего здоровья, а именно, о нижеследующем:

1.1. o наличии заболевания (патологического состояния), его причинах, степени тяжести и возможных осложнениях; или о наличии косметологического дефекта, причинах возникновения, степени выраженности и возможных последствиях,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

*(установленный и/или предварительный диагноз в соответствии с МКБ-10)*

1.2. о результатах проведенного ранее обследования и лечения;

1.3. о возможных методах дальнейшего лечения заболевания, (или состояния, или устранения косметологического дефекта), о необходимости и целесообразности применения в дальнейшем терапевтических, ортопедических, хирургических, медикаментозных, физиотерапевтических или иных методов лечения, прогнозе;

1.4. обо всех возможных вариантах медицинского вмешательства, существующих способах лечения;

1.5 о длительности предлагаемых вариантов лечения, о сроках наступления положительной динамики, (либо излечения, либо устранения косметологического дефекта) о наличии показаний к проведению мне (представляемому мной) указанных в п. 1.4 видов и методов лечения, его этапах, об ожидаемых результатах лечения по каждому возможному варианту медицинского вмешательства, указанному в п. 1.4.

1.6 о возможных последствиях и осложнениях, которые могут развиться на всех этапах лечения, о необходимости соблюдения специального режима до, во время и после лечения.

2. Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мною вопросы, подтверждаю, что мне понятны суть моего заболевания, (либо состояния, либо имеющегося косметологического дефекта) и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания (состояния, косметологического дефекта):

* 1. Добровольно, в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», отказываюсь от назначенного мне медицинского вмешательства/лечения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(название медицинского вмешательства или вида лечения)*

2.2.Мне разъяснены все возможные последствия отказа (прекращения лечения), возможные риски и осложнения, а именно: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указываются возможные риски, осложнения и негативные последствия)*

2.3.Я понимаю риск наступления возможных неблагоприятных последствий, связанных с настоящим отказом и осознанно принимаю данное решение.

2.4.Также я осознаю, что объяснения, полученные мною от врача, могут быть не исчерпывающими и не включать все аспекты, возможные риски и последствия, поскольку их полное перечисление и разъяснение невозможны в рамках врачебной консультации. Однако полученная мной информация от врача подробна, предоставлена в доступной для меня форме и достаточна для принятия обдуманного решения.

2.5.Я не буду иметь каких-либо претензий к врачам ООО СК«Улыбка»в случае развития негативных последствий из-за моего отказа от медицинского вмешательства или назначенного лечения.

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

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/(Подпись и ФИО Пациента)Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г.*

*Настоящий документ подписан в моем присутствии*

*врач/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/(Подпись врача)/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*

**м.п.**

*Дата \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г*

Мы, сотрудники ООО СК «Улыбка»:

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указать должности и ФИО сотрудников)*

подтверждаем, что в нашем присутствии *Пациент (представитель пациента)* ознакомлен с настоящим информированным добровольным отказом от медицинского вмешательства, текст документа ему понятен, но: в связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*указать причину, по которой Пациент (его представитель) не может подписать данный документ собственноручно)*

подписать настоящий информированный добровольный отказ от медицинского вмешательства собственноручно не может.

От подписи настоящего информированного добровольного отказа от медицинского вмешательства отказался (ась).

*/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Подпись)/(Расшифровка подписи)*

*/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Подпись)/(Расшифровка подписи)*

*/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Подпись)/(Расшифровка подписи)*