Отказ от медицинского вмешательства

*Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г. рождения,*

*Ф.И.О. гражданин*

|  |
| --- |
| 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 «Авторская стоматология» 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. 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. 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.

1. . 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):

2.1 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 «Авторская стоматология» 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  "Стоматологическая клиника Улыбка"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

*(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:

         [Символ] 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.

[Символ] от подписи настоящего информированного добровольного отказа от медицинского вмешательства отказался (ась).

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

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

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