

**ОТКАЗ ПАЦИЕНТА ОТ
МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ОПЕРАЦИИ, ЛЕЧЕНИЯ**

Настоящий отказ составлен мной в соответствии со ст.ст. 19,20 ФЗ №323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан:
Я, паспорт: серия _____ № _____, кем выдан: _____ когда выдан: _____
« _____ » _____ г, являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным
(указать кем: мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью год рождения)

Отказываюсь от проведения мне/представляемому следующих медицинских действий

Мне согласно моей воли даны полные и всесторонне 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 предлагаемых действий. Я осознаю, что данный отказ может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья представляемого) и даже привести к неблагоприятному исходу.

Возможные последствия отказа

Я ознакомлен/а и согласен/а со всеми пунктами настоящего документа положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно, пользуясь своим правом предусмотренным статьями 19 и 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «О основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», отказываюсь от медицинского вмешательства (лечения).

« _____ » _____ 201__ года.

Подпись пациента/законного представителя _____

Расписался в моем присутствии/от подписания отказался:

Врач _____ (подпись)
(Должность, И.О. Фамилия)