

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области
«Архангельская областная детская клиническая больница имени П.Г. Выжлецова»**

Отказ от медицинского вмешательства в стационаре

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

“ _____ ” _____ г. рождения, зарегистрированный (ая) по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

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 _____ зарегистрированный (ая) по адресу: _____
--

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» при оказании специализированной медицинской помощи мне /лицу, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в _____ отделении **государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области «Архангельская областная детская клиническая больница имени П.Г. Выжлецова»**.

(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от назначенных/предложенных видов медицинских вмешательств:

_____ (наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

- мне согласно моей воли даны полные и всесторонние сведения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания меня/моего ребенка (заболевания представляемого), включая данные о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения;

- мне подробно в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа для меня, моего ребенка (отказа представляемого) от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Я осознаю, что отказ от медицинского вмешательства может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья, моего ребенка (здоровья представляемого) и даже привести к неблагоприятному исходу, в том числе к смерти, _____

(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнения заболевания (осложнений).

- 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 вид (такие виды) медицинского вмешательства.

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

Расписался в моем присутствии:

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

“ _____ ” _____ Г.
(дата оформления отказа от медицинского вмешательства)