**Отказ гражданина от проведения медицинского вмешательства**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество - полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения,

проживающий(ая) по адресу:

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

отказываюсь от проведения медицинского вмешательства мне

(представляемому).

- Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние 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 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:

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

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

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

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

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

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

(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 33 "Основ законодательства Российской Федерации об охране

здоровья граждан", отказываюсь от проведения медицинского

вмешательства (лечения).

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года Подпись пациента/законного

 представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

 (Должность, И.О. Фамилия)

СМОТРИТЕ ОБОРОТ БЛАНКА

ПРИМЕЧАНИЕ:

 Гражданин или его законный представитель имеет право

отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его

прекращения.

 НЕ ДОПУСКАЕТСЯ отказ от лечения или медицинского вмешательства

лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для

окружающих, лиц страдающих тяжелыми психическими расстройствами,

или лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в

порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

 На основании пункта 3 статьи 17 Федерального закона от

09.01.1996 N 3-ФЗ "О радиационной безопасности населения"

гражданин (пациент) имеет право отказаться от медицинских

рентгенорадиологических процедур, за исключением профилактических

исследований, проводимых в целях выявления заболеваний, опасных в

эпидемиологическом отношении.

 На основании пункта 2 статьи 9 Федерального закона от

18.06.2001 N 77-ФЗ "О предупреждении распространения туберкулеза в

Российской Федерации" диспансерное наблюдение за больными

туберкулезом устанавливается независимо от согласия таких больных

или их законных представителей.

 На основании пункта 1 статьи 5 Федерального закона от 17

сентября 1998 г. N 157-ФЗ граждане при осуществлении

иммунопрофилактики имеют право на отказ от профилактических

прививок. Отсутствие профилактических прививок влечет: запрет для

граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с

международными медико-санитарными правилами либо международными

договорами Российской Федерации требует конкретных

профилактических прививок; временный отказ в приеме граждан в

образовательные и оздоровительные учреждения в случае

возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе

возникновения эпидемий; отказ в приеме граждан на работы или

отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким

риском заболевания инфекционными болезнями.

 При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его

законному представителю в доступной для него форме должны быть

разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского

вмешательства с указанием возможных последствий оформляется

записью в медицинской документации и подписывается гражданином

либо его законным представителем, а также медицинским работником.

 При отказе родителей или иных законных представителей лица, не

достигшего возраста 15 лет, либо законных представителей лица,

признанного в установленном законном порядке недееспособным, от

медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц,

больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты

интересов этих лиц.

От подписи бланка добровольного информированного согласия на

отказ от проведения медицинского вмешательства отказался

(отказалась):

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года