**ГБУЗ ПО “Псковский перинатальный центр»**

Отказ от проведения медицинского вмешательства

 (в соответствии со ст. 20 Федерального закона №323- ФЗ от 21.11.2011. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

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

 (фамилия, имя, отчество - полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающая по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

┌───────────────────────────────────────────────────────────────────────┐

│**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: │

│ │

│\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │

│ ФИО ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения │

└───────────────────────────────────────────────────────────────────── ─┘

находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в отделении \_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (название отделения, номер палаты)

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.

 - Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами

настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и

добровольно, пользуясь своим правом, предусмотренным статьей 20 Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

отказываюсь от проведения медицинского вмешательства (лечения).

 ┌───────┐

 "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_ года. Подпись пациента/законного представителя│ │

 ─────────────────────────────────────── └───────┘

 Расписался в моем присутствии:

 ┌───────┐

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

 (Должность, И.О. Фамилия) ────────────── └───────┘