**ОТКАЗ пациента, или законного представителя пациента от предложенных медицинских вмешательств**

Согласно Кодексу Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», Статье 93:

1. Пациент или его законный представитель имеет право отказаться от медицинской помощи *(за исключением находящихся в шоковом, коматозном состоянии, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, страдающих тяжелыми психическими расстройствами)*.
2. При отказе от медицинской помощи пациенту или его законному представителю в доступной для него форме должны быть **разъяснены возможные последствия**.
3. Отказ от медицинской помощи оформляется настоящим бланком и подписывается пациентом либо его законным представителем, а также врачом.

В случае отказа от подписания пациентом либо его законным представителем настоящего бланка врач делает запись об этом в медицинской карте и подписывает ее.

1. При отказе законных представителей несовершеннолетнего либо недееспособного лица от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, медицинская организация вправе обратиться в органы опеки и попечительства и (или) в суд для защиты их интересов.

**Я,** (подчеркнуть): **пациент / мама / папа / другое лицо**: , **находясь в отделении** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**ГКП на ПХВ**

*(наименование отделения)*

**Ленгерская Городская поликлиника, отказываюсь от предложенного мне (ребенку, подопечному):**

*(Ф.И.О. пациента)*

**с датой рождения:** \_\_\_\_/ / г.

*(число, месяц, год рождения пациента)*

**лечения (операции, оперативного родоразрешения, индукции родов, переливания крови и ее компонентов и др. медицинская услуга):**

*(указать медицинскую услугу, от которой вы отказываетесь)*

Я информирован/-а о состоянии своего здоровья (моего ребенка, подопечного), с учетом факторов риска и о том, что отказ или несвоевременное проведение вышеуказанных медицинских вмешательств может **причинить значительный вред моему здоровью** (здоровью моего ребенка, подопечного) и даже создать угрозу для жизни.

**Подпись заявителя:**  **Дата заполнения:** \_\_\_\_\_\_/ /201 г.

*(пациент или законный представитель)*

**Врач:**  **Подпись:**

*(фамилия, инициалы)*

**Написано в присутствии свидетеля:**

*(фамилия, инициалы свидетеля)*

**с датой рождения:** / / **Подпись:**

*(число, месяц, год рождения свидетеля)*

*Примечание: Ответственность за правильность заполнения заявления несет заявитель.*

«Форма ОП-04-02–Отказ пациента от предложенных медицинских вмешательств» Версия 2 от 30/11/2011