

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

УТВЕРЖДАЮ»
Руководитель
ГКП на ПХВ «Ленгерская Городская поликлиника»
УЗ Туркестанской области
Чадкаров А.Б.
_____ года



Отказ пациента, или законного представителя пациента их от предложенных медицинских вмешательств

Согласно ст. 93 Кодексу РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»:

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.
4. 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 _____
(наименование медицинской организации)

(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:** ____ / 20 ____ 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.