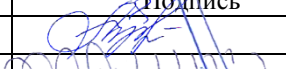
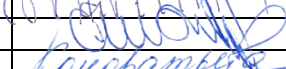
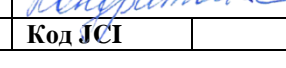



Тип документа	Стандартная форма					Страница 1 из 1
Назначение	Все медицинские центры и отделения ТОО «B.B.NURA» в Республике Казахстан					
Код	ББН-VIII/01	Номер	М-B2/4-а	Редакция	001	
Название	Информированный добровольный отказ пациента от медицинского вмешательства					
Утверждено	Приказом Генерального директора ТОО «B.B.NURA» № 53 от 10 августа 2016 г.					
Разработано	Должность		Ф.И.О.		Подпись	
	Медицинский директор		Аубакиров М.Е.			
Согласовано	Генеральный директор		М.Ф. Ергезер			
	Исполнительный директор		Копцев М.В.			
	Главная медицинская сестра		Кондратьева О.О.			
К внедрению с		Код ISO		Код JCI		

ИНФОРМИРОВАННЫЙ ДОБРОВОЛЬНЫЙ ОТКАЗ ПАЦИЕНТА ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

« _____ » _____ года рождения, проживающий (-ая) по адресу: _____

В соответствии со ст. 91 Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 21.04.2016 г.) я поставлен(-а) в известность, что я (представляемый) прохожу (-ит) стационарное /амбулаторное лечение
(нужное подчеркнуть)

В _____ город _____
(название диализного центра)

Я добровольно, в связи со своими личными убеждениями, отказываюсь от медицинского вмешательства

_____ (наименование вида медицинского вмешательства)

предложенного мне медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

В доступной форме мне разъяснены и я осознаю возможные последствия отказа от вышеобозначенного медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Я проинформирован(-а), что последствиями моего отказа от данного медицинского вмешательства могут быть

_____ (перечень возможных последствий отказа от медицинского вмешательства)

Я понимаю, что персонал ТОО «B.B.NURA» не несет ответственности в случае развития любых негативных последствий в результате моего отказа от вышеобозначенного медицинского вмешательства. Мне разъяснено, что необходимости определенного вида медицинского вмешательства, в отношении которого оформлен настоящий отказ, я имею право оформить повторное информированное добровольное согласие на такой вид медицинского вмешательства.

1.	_____ (подпись)	_____ (Ф.И.О. пациента)
	№ удост. личности _____	выдан _____
2.	_____ (подпись)	_____ (Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)
	№ удост. личности _____	выдан _____
3.	_____ (подпись)	_____ (Ф.И.О. заверителя)
	№ удост. личности _____	выдан _____

« _____ » _____ Г.
(дата оформления)