
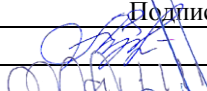
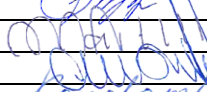
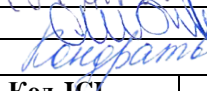
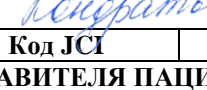


Тип документа	Стандартная форма					Страница 1 из 2
Назначение	Все медицинские центры и отделения ТОО «B.B.NURA» в Республике Казахстан					
Код	ББН-VIII/01	Номер	M-B2/5-a	Редакция	001	
Название	Информированный добровольный отказ законного представителя пациента от медицинского вмешательства в отношении пациента*					
Утверждено	Приказом Генерального директора ТОО «B.B.NURA» № 53 от 10 августа 2016 г.					Hospitals Group
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 ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА  
ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ОТНОШЕНИИ ПАЦИЕНТА\***

Я, _____	№ удост. личности _____
выдан _____	
проживающий по адресу _____	
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным _____	
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина)	

**только для лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан**

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 в отношении лица, законным представителем которого я являюсь \_\_\_\_\_

(наименование вида медицинского вмешательства)

предложенного лицу, законным представителем которого я являюсь, 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 для лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

Я проинформирован(-а), что последствиями отказа от данного медицинского вмешательства для представляемого мною лица могут быть: \_\_\_\_\_

(перечень возможных последствий отказа от медицинского вмешательства)

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


Мне разъяснено и я понимаю, что при отказе законного представителя лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинского вмешательства, необходимого для спасения его жизни, медицинская организация имеет право обратиться в суд для защиты интересов такого лица.

Мне разъяснено и я понимаю, что я, являясь законным представителем лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, обязан известить орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного об отказе от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни подопечного, не позднее дня, следующего за днем этого отказа.

1. \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. законного представителя пациента)  
\_\_\_\_\_
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)

\* Медицинское вмешательство без согласия гражданина или законного представителя допускается, если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (Ст. 94, 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.))

Тип	Стандартная форма	Код	ББН-VIII/01	Номер	<b>М-B2/2-а-001</b>	Редакция	001	Страница 2 из 2	
Название	<b>Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство</b>								