
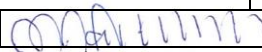


Тип документа	ФОРМА					Страница 1 из 1
Назначение	Все медицинские центры и отделения ТОО «B.V.NURA» в Республике Казахстан					
Код	ББН-VIII/01	Номер	МЕД-В1/5-6	Редакция	001	
Название	ИНФОРМИРОВАННЫЙ ДОБРОВОЛЬНЫЙ ОТКАЗ ПАЦИЕНТА ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА					
Подписано	Генеральный директор		Эргезер М.Ф.			
Утверждено	Приказом Генерального директора ТОО «B.V.NURA» №14 от «27» Марта 2017 г.					
К внедрению с	01.04.2017 г.					

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 прохожу стационарное /амбулаторное лечение (нужное подчеркнуть)

в _____ города _____
(название 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.V.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)