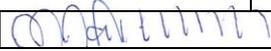


Тип документа	ФОРМА					Страница 1 из 1
Назначение	Все медицинские центры и отделения ТОО «В.В.NURA» в Республике Казахстан					
Код	ББН-VIII/01	Номер	МЕД-В1/5-в	Редакция	001	
Название	ИНФОРМИРОВАННЫЙ ДОБРОВОЛЬНЫЙ ОТКАЗ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ОТНОШЕНИИ ПАЦИЕНТА*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

ИНФОРМИРОВАННЫЙ ДОБРОВОЛЬНЫЙ ОТКАЗ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ОТНОШЕНИИ ПАЦИЕНТА*

Я, _____
 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 представляемый мною _____

ФИО, № удостоверения личности

проходит стационарное /амбулаторное лечение (нужное подчеркнуть) в _____
(название центра)

города _____.

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 ТОО «В.В.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)
	№ удост. личности	выдано
2.	(подпись)	(Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)
	№ удост. личности	выдано
3.	(подпись)	(Ф.И.О. заверителя)
	№ удост. личности	выдано

« _____ » _____ 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.))