

### Отказ от проведения медицинского вмешательства

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество - полностью)  
\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, паспорт: \_\_\_\_\_  
выдан: \_\_\_\_\_ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)  
ребенка или лица, признанного недееспособным \_\_\_\_\_

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения  
находясь на лечении (обследовании) ООО «Центр Современной Хирургии» отказываюсь от проведения медицинского  
вмешательства (вакцинации) мне (лицу мной представляемому) \_\_\_\_\_

- Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние сведения о характере, степени  
тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (заболевания представляемого), включая данные о результатах  
обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном  
с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного  
лечения;

- Мне подробно в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия моего отказа (отказа лицу мной  
представляемому) от предлагаемого медицинского вмешательства. Я осознаю, что отказ от медицинского  
вмешательства (лечения) может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья представляемого) и  
даже привести к неблагоприятному исходу.

Возможные последствия отказа от медицинского вмешательства (вакцинации): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указываются врачом)

Дополнительная информация: \_\_\_\_\_

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне  
разъяснены, мною поняты и добровольно, пользуясь своим правом, предусмотренным статьей 20 Закона РФ от 21 ноября  
2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»  
отказываюсь от проведения медицинского вмешательства (лечения).

"\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_\_ года. Подпись пациента/законного представителя \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_ (подпись)

(Должность, И.О. Фамилия)

Примечание:

Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его  
прекращения.

**НЕ ДОПУСКАЕТСЯ** отказ от лечения или медицинского вмешательства лиц, страдающих заболеваниями,  
представляющими опасность для окружающих, лиц страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц,  
совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской  
Федерации.

На основании пункта 3 статьи 17 Федерального закона от 09.01.1996 года N 3-ФЗ "О радиационной безопасности населения"  
гражданин (пациент) имеет право отказаться от медицинских рентгенорадиологических процедур, за исключением  
профилактических исследований, проводимых в целях выявления заболеваний, опасных в эпидемиологическом отношении.  
На основании пункта 2 статьи 9 Федерального закона от 18.06.2001 года N 77-ФЗ "О предупреждении распространения  
туберкулеза в Российской Федерации" диспансерное наблюдение за больными туберкулезом устанавливается независимо от  
согласия таких больных или их законных представителей.

На основании пункта 1 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 года N 157-ФЗ граждане при осуществлении  
иммунопрофилактики имеют право на отказ от профилактических прививок. Отсутствие профилактических прививок  
влечет: запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-  
санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических  
прививок; временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения  
массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий; отказ в приеме граждан на работы или  
отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.  
При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме  
должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных  
последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным  
представителем, а также медицинским работником.

При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста 15 лет, либо законных  
представителей лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинской помощи,  
необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты  
интересов этих лиц.

От подписи бланка добровольного информированного согласия на отказ от проведения медицинского вмешательства  
отказался (отказалась): \_\_\_\_\_ (подпись пациента).