

**Отказ от стационарного лечения**

Мне, нижеподписавшемуся\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

являющемуся законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года

рождения, карта № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_обратившемуся за получением медицинских услуг в Общество с ограниченной ответственностью «Европейский медицинский центр «УГМК-Здоровье» (далее – «Медицинский центр») врачом Медицинского центра в доступной форме разъяснена и мною осознана следующая информация:

1. Мне разъяснены и понятны следующая информация: мой ребенок поступил в стационар Медицинского центра с диагнозом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,в течение \_\_\_\_ суток ( \_\_\_\_\_\_часа,- ов ) врачами Медицинского центра было проведено необходимое обследование и лечение заболевания моего ребенка , отраженное в медицинской документации, даны рекомендации по дальнейшему лечению. Мне разъяснена суть заболевания моего ребенка, опасности, связанные с его дальнейшим развитием, а также необходимость его дальнейшего лечения в условиях стационара и последствия отказа от этого лечения.
2. Мне была предоставлена информация о возможности продолжения лечения как в стационаре Медицинского центра, так и в других профильных медицинских учреждениях, в том числе оказывающих услуги в рамках программ предоставления бесплатной медицинской помощи.
3. Я понимаю необходимость продолжения лечения заболевания моего ребенка в условиях стационара, мне разъяснено и мной понято, что отказ от продолжения лечения в условиях стационара может привести к опасным осложнениям вплоть до летального исхода.
4. Я добровольно отказываюсь от продолжения лечения имеющегося у моего ребенка заболевания в стационаре Медицинского центра, а также от совершения Медицинским центром действий по организации оказания мне медицинской помощи в профильном медицинском учреждении, в том числе по госпитализации посредством скорой медицинской помощи.
5. Я не буду иметь каких-либо претензий к Медицинского центру в случае развития негативных последствий вследствие моего решения.

Решение об отказе от проведении мне медицинского вмешательства является моим собственным и было принято без принуждения или навязывания чье-либо воли.

Законный представитель несовершеннолетнего пациента:

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_пациент, достигший 15летнего возраста, доверяю своему законному представителю представлять мои интересы в период обследования и лечения в Медицинском центре, принимать решение в случае отказа от госпитализации.

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. ст. 13, 20 ФЗ «Об основах охраны граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011 г.

Врач: ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_