

Додаток № _____ до медичної карти
стаціонарного (амбулаторного) хворого № _____

ВІДМОВА ПАЦІЄНТА ВІД МЕДИЧНОГО ВТРУЧАННЯ

Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта _____
відділення _____

Дата народження “ _____ ” _____ року.

Я, (прізвище, ім'я, по батькові пацієнта), відповідно до ч. 3 ст. 32 Конституції України, п. 2 ст. 285 Цивільного кодексу України, ст. 23 Закону України “Про інформацію”, п. “е” ст. 6, ст. 39 Основ законодавства України про охорону здоров'я, Рішення Конституційного Суду України (справа К. Устименка) від 30.10.1997 року, отримав(-ла) медичну інформацію, а саме поінформований(-а) про необхідність проведення мені такого медичного втручання, як _____

_____ в обсязі
_____ та із застосуванням
методів _____, усвідомлюючи

значення своїх дій і керуючи ними, відмовляюсь від його здійснення, згідно з п.4 ст. 284 Цивільного кодексу України, ч. 4 ст. 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я.

Мені особисто було надана достовірна, своєчасна, в повному обсязі і доступній для мене формі інформація про стан мого здоров'я, у тому числі про діагноз, особливості перебігу мого захворювання і результати обстеження; про мету досліджень і лікувальних заходів, що мені проводяться; прогноз можливого розвитку захворювання, зокрема про наявність ризику для життя і здоров'я.

Я поінформований(-а), що відмова від лікування може призвести до тяжких для мене наслідків. Мені надана інформація, що при порушенні пацієнтом медичних приписів чи правил внутрішнього розпорядку лікуючий лікар має право відмовитись від подальшого його ведення, згідно з ч. 2 ст. 34 Основ законодавства України про охорону здоров'я.

Мені було надано можливість ставити запитання, які мене цікавлять з приводу проведення медичного втручання, й отримувати на них відповіді у доступній для мене формі. Після отримання вичерпної інформації щодо проведення медичного втручання у мене більше нема запитань до медичного персоналу.

Інформація про вид, характер й обсяг медичного втручання і його можливі ускладнення, а також про медико-соціальні, психологічні й економічні його наслідки була надана мені в особистій розмові з лікуючим лікарем о _____ год. _____ хв. “ _____ ” _____ 200__ р.

Інформування мало попередній характер, і у мене було достатньо часу, щоб обміркувати запропонований варіант надання медичної допомоги, в тому числі необхідність проведення відповідного медичного втручання.

Я ознайомлений(-а) з усіма пунктами цього документа і погоджуюсь з ними. Підписуючи цей документ, я відмовляюсь від медичного втручання і прошу лікуючого лікаря і весь медичний персонал закладу охорони

здоров'я про повагу до такого способу реалізації конституційного права на особисту недоторканність.

Дата підписання документа:

“ _____ ” _____ 200__ р.

Підписи зацікавлених сторін:

Законний представник пацієнта (прізвище, ініціали)

Лікуючий лікар (прізвище, ініціали)

**Службова особа закладу охорони здоров'я
(чи черговий лікар)** (прізвище, ініціали)

У разі відмови законного представника пацієнта від підписання цього документа:

Підписи зацікавлених сторін:

Лікуючий лікар (прізвище, ініціали)

**Службова особа закладу охорони здоров'я
(чи черговий лікар)** (прізвище, ініціали)

Свідки (не менше 2):

Прізвища, імена, по батькові, місця проживання, місця праці