

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
«ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №39»

**Отказ от медицинского вмешательства**

г. Санкт-Петербург

Данный документ свидетельствует о том, что законному представителю пациента сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении пациента, разъяснены возможные последствия отказа от медицинских вмешательств (вмешательства), в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния) и что он согласен с названными ниже условиями.

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. законного представителя полностью)  
\_\_\_\_\_ г. рождения,

зарегистрированный (ая) по адресу: Санкт-Петербург,  
\_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_ (серия) \_\_\_\_\_ (номер) выдан

\_\_\_\_\_ (дата и наименование выдавшего органа)  
являюсь законным представителем пациента

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г.р.  
(Ф.И.О. пациента полностью, дата рождения пациента)  
проживающего по адресу:

\_\_\_\_\_ (указывается адрес пациента)

в силу закона действуя от имени и в интересах пациента, получающего паллиативную медицинскую помощь (паллиативную специализированную медицинскую помощь) в СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №39», даю отказ

на следующие виды медицинских вмешательств (вмешательства):

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(ФИО, должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, а также возможные последствия отказа от указанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

\_\_\_\_\_ (указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) вмешательств)

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

Я ознакомлен и согласен со всеми пунктами настоящего отказа, положения которого мною прочитаны, разъяснены, поняты. Я имел (-а) возможность задать медицинскому работнику все интересующие меня вопросы и получил(-а) на них исчерпывающие ответы в доступной форме.

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (ФИО законного представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (ФИО медицинского работника)

Дата оформления отказа от медицинского вмешательства «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г.

