

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

Отказ от медицинского вмешательства

г. Санкт-Петербург

Данный документ свидетельствует о том, что пациенту сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, 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. пациента полностью)

г. рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: Санкт-Петербург,

— паспорт _____ (серия) _____ (номер) выдан

_____ (дата и наименование выдавшего органа)

Как пациент, получающий паллиативную медицинскую помощь (паллиативную специализированную медицинскую помощь) в СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №39», даю отказ на следующие виды медицинских вмешательств: _____

—
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 пациента)

_____ (подпись)

_____ (ФИО медицинского работника)

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