

к приказу ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России от «23» 08 2023 г. № 198

**Заявление Пациента (законного представителя Пациента)  
об отказе от проведения медицинского вмешательства**

Я, Пациент \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество - полностью)

медицинская карта Пациента № \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(ая) по адресу:  
\_\_\_\_\_

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

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество - полностью)

Паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_ являюсь  
законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента,  
(нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина - полностью)  
Дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

находясь на лечении (обследовании) в ФГАУ «НМИЦ «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России отказываюсь от проведения мне медицинского вмешательства

название медицинского вмешательства

- Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания, 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 от предлагаемого медицинского вмешательства;
- Я осознаю, что отказ от медицинского вмешательства (лечения) может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья и даже привести к неблагоприятному исходу.

Возможные последствия отказа от медицинского вмешательства:

\_\_\_\_\_ (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 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», отказываюсь от проведения медицинского вмешательства (лечения).

Расписался в моем присутствии:

Подпись пациента (законного представителя Пациента)

Врач-офтальмолог \_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Дата «\_\_\_\_\_» 20 \_\_\_\_ г.