

Документ для закладу охороною здоров'я щодо відмови від медичного втручання
(форма для затвердження керівником закладу охорони здоров'я)

Виконав Муха Роман Анатолійович

Найменування закладу охорони
здоров'я

адреса _____

ідентифікаційний код _____

ЗАТВЕРДЖУЮ:

Керівник закладу охорони
здоров'я

_____ / _____ /

ВІДМОВА ВІД МЕДИЧНОГО ВТРУЧАННЯ

Я, _____, « ____ » _____
_____ року народження, після отримання повної інформації у закладі охорони
здоров'я: _____ (найменування
закладу) щодо мого (моєї дитини _____)
поточного захворювання, особливостей його перебігу, діагностики, можливі шляхи його
лікування, наслідки відмови від медичного втручання ставлячи підпис у даній формі
засвідчую свою відмову від запропонованого медичного втручання, яке могло полягати
у наступному: _____

Мені повідомлено про наслідки відмови від медичного втручання, які можуть полягати
у наступному: _____

Вказана інформація, надана мені лікарем _____,

дата: « ____ » _____ р. час: « ____ » год. « ____ » хвилині.

Така інформація надана мені в доступній формі, яка є мені зрозумілою. Мені роз'яснено
моє право відкликати свою відмову від медичного втручання у будь-який час.

Я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану
здоров'я, перебігу захворювання і лікування, наслідки відмови від медичного втручання
та одержав(ла) на них відповіді.

Даним повідомляю про наявність/відсутність (необхідне підкреслити) у мене розладів психіки та поведінки, а саме: _____

Також повідомляю про наявність/відсутність (необхідне підкреслити) рішення суду про визнання мене недієздатним/обмеження моєї дієздатності, а саме: _____

Свою відмову від медичного втручання надаю перебуваючи при здоровому розумі, ясній пам'яті та діючи добровільно, без будь-якого тиску, усвідомлюючи та розуміючи значення своїх дій, їх правові наслідки, та керуючи ними.

Підпис _____ / _____ /

Дата « ____ » _____ р. Час « ____ » год. « ____ » хв
