

Додаток № \_\_\_\_\_ до медичної карти  
стаціонарного (амбулаторного) хворого № \_\_\_\_\_

## ВІДМОВА ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВНИКА ПАЦІЄНТА ВІД МЕДИЧНОГО ВТРУЧАННЯ

Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта \_\_\_\_\_  
відділення \_\_\_\_\_

Дата народження пацієнта “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ року.

Прізвище, ім'я, по батькові законного представника \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, документ, що засвідчує  
повноваження \_\_\_\_\_ (свідоцтво про наро-  
дження, рішення суду, рішення органу опіки й піклування)

Інформація надана органу опіки і піклування \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (назва органу, юридична адреса)

о \_\_\_\_\_ год. \_\_\_\_\_ хв. “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 200 \_\_\_\_\_ р.

Я, (прізвище, ім'я, по батькові законного представника), 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 пацієнту такого медичного втручання, як \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ В  
обсязі \_\_\_\_\_  
та із застосуванням методів \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, але відмовляюсь від його здійснення, згідно з ч. 3, 5 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 здоров'я пацієнта, у тому числі про діагноз, особливості перебігу його захворювання і результати обстеження; про мету досліджень і лікувальних заходів, що йому проводяться; прогноз можливого розвитку захворювання, зокрема про наявність ризику для життя і здоров'я.

Я поінформований(-а) про те, що відмова від лікування може призвести до тяжких наслідків для пацієнта. Мене поінформовано, що при недотриманні 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 еко-

номічні його наслідки була надана мені в особистій розмові з лікуючим лікарем пацієнта о \_\_\_\_ год. \_\_\_\_ хв. “ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_ 200\_\_ р.

Інформування мало попередній характер, і у мене було достатньо часу, щоб обміркувати запропонований варіант надання медичної допомоги пацієнту, 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, пропонуваного пацієнтові, 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**