

Федеральное государственное автономное учреждение здравоохранения
«Больница Пущинского научного центра РАН»
142290, г. Пущино Московской области, ул. Институтская, д.1
тел. 84967732406, e-mail: bpnc@mail.ru

РЕШЕНИЕ о проведении медицинского вмешательства без согласия пациента

В соответствии с требованиями Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (статья 20) консилиумом принято решение о проведении медицинского вмешательства _____

_____ без согласия пациента _____

Ф.И.О. пациента

или его законного представителя _____

Ф.И.О. законного представителя

Основание для принятия данного решения:

Члены консилиума:

_____	_____
должность врача, Ф.И. О.	подпись врача
_____	_____
должность врача, Ф.И. О.	подпись врача
_____	_____
должность врача, Ф.И. О.	подпись врача

« ____ » _____ 20 ____ г.
_____ час. _____ мин

С данным решением ознакомлен:

_____	_____
должность, Ф.И.О. уполномоченного лица	подпись уполномоченного лица

« ____ » _____ 20 ____ г.
_____ час. _____ мин

С данным решением ознакомлены родственники пациента:

_____	_____
степень родства, Ф.И.О.	подпись

« ____ » _____ 20 ____ г.
_____ час. _____ мин