

# МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ

## ПРИКАЗ

от 04 июня 2019

№ 544

### О внедрении формы документа для правового обеспечения лечебно-профилактического процесса в медицинских учреждениях здравоохранения Калужской области

В целях дальнейшего совершенствования организации лечебно-диагностического процесса в медицинских учреждениях здравоохранения Калужской области, его правового обеспечения, исключения претензий, в том числе и необоснованных, со стороны пациентов и их родственников и в соответствии со Федеральным законом Российской Федерации от 22 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об Основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом Российской Федерации от 12 января 1996 года № 8 «О погребении и похоронном деле», **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить примерную форму Заявления об отказе от патологоанатомического вскрытия умершего (далее – заявление) согласно приложению к настоящему приказу.
2. Главным врачам медицинских учреждений Калужской области обеспечить использование примерной формы Заявления для правового обеспечения лечебного процесса.
3. Рекомендовать и.о. главного врача ФГБУЗ «Клиническая больница № 8» ФМБА И.В. Бондаренко, главному врачу НУЗ «Отделенческая больница им. К.Э. Циолковского на станции Калуга ОАО «РЖД» С.С. Гарбулю в своей работе использовать Заявление.
4. Приказ вступает в силу со дня его принятия.

Министр



К.Н. Баранов

Главному врачу

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование учреждения  
здравоохранения Калужской области,  
Ф.И.О.)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

На основании статьи 67 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», пункта 1 статьи 5 Федерального закона от 12.01.1996 № 8 «О погребении и похоронном деле»

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., паспортные данные, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы умершего)

близкий родственник, законный представитель умершего, лицо, взявшее на себя обязанности погребения (нужное подчеркнуть), отказываюсь от проведения патологоанатомического вскрытия умершего

\_\_\_\_\_  
(место смерти и дата)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. и возраст умершего)

по причине (нужное подчеркнуть):

- по религиозным мотивам;

- по иным мотивам, основаниям (указать) \_\_\_\_\_

Я информирован о невозможности проведения экспертного анализа в случае сомнений в качестве медицинской помощи при отсутствии патологоанатомического вскрытия.

Я не имею претензий к медицинской организации

\_\_\_\_\_  
(наименование учреждения здравоохранения Калужской области)

по поводу качества диагностики и лечения.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_

(подпись заявителя, Ф.И.О., дата)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_

(подпись, Ф.И.О.  
должностного лица медицинского  
учреждения Калужской области, дата)