******

***LEX EST QUODCUMQUE NOTAMUS***

***ЗАКОН ЕСТЬ ВСЁ НАПИСАННОЕ И ЗАВЕРЕННОЕ МНОГОКРАТНО***

***Отказ от прививок***

***«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»***

***(«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»)***

***Данный документ действителен на любой территории и обязателен к принятию, как документ, согласно естественному, международному, экстерриториальному, суверенному и иным правам, без ущерба для правообладателя, все права защищены.***

***Все права защищены территориальным законодательством и международным правом.***

***Предъявителю данного документа оказывать содействие и всяческую поддержку.***

***Документ составлен под №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***День (число, месяц, год) подписания данного документа: \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_***

***( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) года***

***Мой личный автограф:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Мой оттиск оригинальной печати:***

***Мой отпечаток пальца:***

**I. Сейчас уже формы добровольного отказа от прививок есть в любой поликлинике**

1. Перед проведением профилактической прививки врач-специалист обязан провести медицинский осмотр пациента и зафиксировать его результаты (осмотра) в медицинских документах, а также убедиться, что физическое состояние пациента позволяет провести прививку.

2. Медицинский работник организации здравоохранения, проводивший лицу профилактическую прививку, обязан осуществлять наблюдение за ним в течение 30 минут.

3. Все профилактические прививки осуществляются с учетом показаний и противопоказаний к их проведению, в строгом соответствии с инструкцией, прилагаемой к иммунобиологическому лекарственному средству. Так что если у вас возникают сомнения, вы имеет право ознакомиться с этими документами и потребовать разъяснений у медработников.

**Выводы:**

А) Никаких запретов на счет отказ в приеме ребёнка в детский сад, школу или другое детское учреждение в законодательстве нет, и такой отказ будет неправомерным.

Б) Согласно Закона Республики Беларусь «О здравоохранении», однозначно определено, что делать прививки или нет — это право пациента, а не его обязанность. Пациент имеет право на отказ от медицинской помощи, в том числе медицинского вмешательства.

В) Так как родители являются законными представителями несовершеннолетних детей, то данное решение в отношении вакцинации принимают именно они. А вот несовершеннолетние в возрасте до 14 до 18 лет уже имеют право самостоятельно давать согласие или несогласие на простое медицинское вмешательство.

Г) Также нужно знать, что до медицинского вмешательства вас, как пациента, медики обязаны ознакомить с прогнозируемыми результатами и возможными рисками. Таким образом, окончательное решение остается за вами.

**II. Как отказ от прививок оформлялся раньше по заявлениею и какие правовые основания отказа от прививок**

Главному врачу детской поликлиники №\_\_\_ *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*

*от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

проживающего(ей) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

заявление.

На основании действующего закона Республики Беларусь *«О Здравоохранении»* 18 июня 1993 г. № 2435-XII (в редакции от Закон Республики Беларусь от 21 октября 2016г. № 433-З), статья 45 (*«Отказ пациента от оказания медицинской помощи, в том числе медицинского вмешательства»*) и статья 41 (*«Права пациентов»*),

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, отказываюсь от всех профилактических прививок и проб Манту на год для моего ребёнка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, обслуживающегося в детской поликлинике №\_\_\_\_.

Мне разъяснены возможные последствия отказа от профилактической прививки.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ Автограф (*подпись*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_