

Бюджетное учреждение Республики Калмыкия
«Республиканская больница им. П.П. Жемчуева»

Приказ

28.08 2025г.

г. Элиста

№ 1485

«О ведении формы заявления об отмене проведения патолого-анатомического вскрытия»

В соответствии с приказом Минздрава России от 29.04.2025г №261н «Об утверждении Порядка проведения патолого-анатомических вскрытий и унифицированных форм медицинской документации, используемых при проведении патолого-анатомических вскрытий»,

Приказываю:

1. Принять к исполнению приказ Минздрава России от 29.04.2025г №261н «Об утверждении Порядка проведения патолого-анатомических вскрытий и унифицированных форм медицинской документации, используемых при проведении патолого-анатомических вскрытий».
2. Заведующим клиническими отделениями использовать форму заявления об отмене проведения патолого-анатомического вскрытия с 01.09.2025г.
3. Начальнику АСУ разместить форму заявления об отмене проведения патолого-анатомического вскрытия в МИС САМСОН.
4. Начальнику отдела кадров ознакомить исполнителей с приказом.
5. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части и заместителя главного врача по хирургии.

Главный врач



Чумпинова С.Ю.

Главному врачу
БУ РК «Республиканская
больница им. П.П. Жемчуева»

(ФИО)

**Заявление
об отмене проведения патолого-анатомического вскрытия**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

проживающий по адресу _____,

паспорт: серия _____, номер _____, дата выдачи _____, кем выдан _____,
являющийся умершему супругом, супругой, сыном, дочерью, отцом, матерью, усыновленным,
усыновленной, усыновителем, родным братом, родной сестрой, внуком, внучкой, дедушкой, бабушкой,
иным родственником (указать)

_____ или законным представителем (нужное подчеркнуть)
прошу не проводить патолого-анатомическое вскрытие умершего

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) умершего),
дата рождения умершего _____, дата смерти умершего _____,
по следующим основаниям (религиозные мотивы, волеизъявление умершего, сделанное им при жизни)
(указать): _____

Настоящим подтверждаю, что я информирован об установлении частью 3 статьи 67 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» случаях, при которых патолого-анатомическое вскрытие проводится вне зависимости от наличия настоящего заявления.

_____ (дата)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, инициалы)

Решение (подчеркнуть):

1. Провести патолого-анатомическое вскрытие.
2. Патолого-анатомическое вскрытие не производить.

Основание к принятому решению (подчеркнуть)

1. Случай (случаи), при котором (которых) патолого-анатомическое вскрытие проводится вне зависимости от наличия настоящего заявления (указать номера соответствующих пунктов части 3 статьи 67 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», _____ и _____ его _____ (их) _____ мотивированное _____ обоснование

2. Отсутствие случая (случаев), при котором (которых) патолого-анатомическое вскрытие проводится вне зависимости от наличия настоящего заявления.

Руководитель медицинской организации

_____ (дата)

_____ (подпись)

_____ (ФИО (при наличии))