

ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)

« _____ » _____ 20 _____ г. рождения, зарегистрированный(ого) по адресу: _____

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____,
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)

« _____ » _____ 20 _____ г. рождения, зарегистрированный(ого) по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

контактный номер телефона: _____,
(гражданина или законного представителя)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью «ИДЕАЛ КЛИНИК»** отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н:

_____ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

_____ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

_____ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

_____ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником, должность и Ф.И.О. которого указаны ниже, в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния):

_____ (указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

_____ (указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

Подпись с расшифровкой пациента (представителя): _____ (_____)

Должность медицинского работника: _____

Ф.И.О. медицинского работника: _____ Подпись: _____

Дата: « _____ » _____ 20 _____ г.