

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____

(Ф.И.О. (при наличии) гражданина либо законного представителя)

«___» _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

в отношении _____

(Ф.И.О. (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в
ООО «Формула Здоровья»

(полное наименование медицинской организации)

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. N 390н:

_____ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. (при наличии) медицинского работника)

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(ых) вида(ов) 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)

_____ (Ф.И.О. (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

«___» _____ 20___ г.

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

_____ (дата оформления)