

Отказ от медицинского вмешательства

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

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

_____,
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

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

« ____ » _____ г. рождения, при оказании мне (представляемому лицу)

первичной медико-санитарной помощи в _____
(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. № 390н

_____.
(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (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 (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 отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя гражданина)

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

« ____ » _____ г.
(дата оформления)