

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____

_____ (Ф.И.О. Пациента, число, месяц, год рождения/Ф.И.О. законного представителя Пациента, число, месяц, год рождения)
« _____ » _____ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: _____

_____ при оказании мне/ лицу, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ (ФИО несовершеннолетнего/недееспособного лица, год рождения)
медицинских услуг в **Обществе с ограниченной ответственностью «ЮГОРИЯ-ДЕНТ»** 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - виды медицинских вмешательств):

_____ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____ (должность, Ф.И.О. 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).

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 вид (такие виды) медицинского вмешательства.

(подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) _____ (Ф.И.О. медицинского работника)

« _____ » _____ 202 _____ г.