

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____ "___" _____ г. рождения,
фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина
либо законного представителя
зарегистрированный по адресу: _____
адрес места жительства гражданина
либо законного представителя

в отношении _____ "___" _____ г. рождения,
фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения
при подписании отказа законным представителем

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в **ИП Норов С.А.** 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 <1>:

(медицинского вмешательства, наименование вида)

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 медицинского вмешательства в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

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

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

«___» _____ 202__ г.
(дата оформления)