

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____
 (фамилия, имя, отчество гражданина)

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

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____ паспорт: _____ выдан

являюсь законным представителем (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**)
 ребенка или лица, признанного недееспособным:

_____ (Ф.И.О.
 ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в ООО ЛМЦ «ОРМЕДИУМ» 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 РФ 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 настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

 (подпись)

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

 (подпись)

 (Ф.И.О. медицинского работника)

« _____ » _____ г.
 (дата оформления)