

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
ООО "ЛИКАСТОМ" 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)