.

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 «Евромед»** 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)