

Отказ от медицинского вмешательства.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
" " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя)
_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
" " _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)
_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в Обществе с ограниченной ответственностью «КУРАТОР» **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 23.04. 2012 г. №390: _____

_____ (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.

Мне разъяснено, что я могу получить медицинскую помощь бесплатно по полису ОМС в медицинском учреждении по месту прикрепления согласно Программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

_____ (подпись)

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

_____ (подпись)

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

« ____ » _____ г.

_____ (дата оформления)