Отказ от медицинского вмешательства

Я,_____ , (фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя) «____» _____20____ г. рождения, зарегистрированный(ого) по адресу:
, (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 и дата рождения при подписании отказа законным представителем) «____» _____20____ г. рождения, зарегистрированный(ого) по адресу: (дата рождения пациента при подписании законным представителем)
, (в случае проживания не по месту жительства законного представителя) контактный номер телефона:
, (гражданина или законного представителя) при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в Обществе с ограниченной ответственностью «ДЕЛЬФИН» 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. № 390н:
(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)
(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)
(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)
(наименование вида (видов) медицинского вмешательства) Медицинским работником, должность и Ф.И.О. которого указаны ниже, 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)
(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 с расшифровкой пациента (представителя): (
) Должность медицинского работника: _____ Ф.И.О. медицинского работника:
Подпись: Дата: «_____» _____20_____ г.