

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____ « ____ » _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный(ая) по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина или законного представителя)

в отношении _____ « ____ » _____ г. рождения
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)
при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в
**Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская
стоматологическая поликлиника № 2 города Сочи» Министерства
здравоохранения Краснодарского края** 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 (зарегистрирован
Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082):

(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 вмешательств, 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 вид (такие виды)
медицинского вмешательства.

(подпись)

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

(подпись)

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

« ____ » _____ Г.
(дата оформления)