

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)

В ОТНОШЕНИИ _____
(фамилия, имя, отчество пациента при подписании отказа законным представителем)

« ____ » _____ г. рождения, при оказании мне
(предоставляемому лицу) первичной медико-санитарной
помощи в Государственном автономном учреждении
здравоохранения Ленинградской области «Киришская
стоматологическая поликлиника»

_____ (полное наименование медицинской организации)

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 2012г., регистрационный
№ 24082): _____

_____ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
(должность, Ф. И. О. 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

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина или его законного представителя)

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. медицинского работника)

« ____ » _____ г.
(дата оформления)