

Отказ от 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

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
« ____ » _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____,
_____,
проживающий по адресу (в случае проживания не по адресу регистрации): _____,
_____.

в отношении _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании отказа законным представителем)

« ____ » _____ года рождения, при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в федеральном государственном бюджетном учреждении «Управление служебными зданиями» при Министерстве сельского хозяйства Российской Федерации 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 № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 05.05.2012 № 24082) (далее виды медицинских вмешательств):

Медицинский работник _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснил мне возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских 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.

Пациент/законный представитель: _____
(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

Медицинский работник: _____
(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Дата: « ____ » _____ 20 ____ г.