

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:
Я _____, паспорт: _____,
выдан _____,
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного
недееспособным _____ (нужное
подчеркнуть)

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина-полностью, год рождения

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в Обществе с ограниченной ответственностью «АГАТ» **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. N 390н :

(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

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

Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние сведения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (заболевания представляемого), включая данные о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения;

Мне подробно в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия моего отказа (отказа представляемого) от предлагаемого медицинского вмешательства. Я осознаю, что отказ от медицинского вмешательства (лечения) может повлечь наступление негативных последствий в виде стойкого ухудшения здоровья.

Возможные последствия отказа от медицинского вмешательства:

(указываются врачом)

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. пациента

(Подпись)

Медицинский работник

« _____ » _____ 20 _____ года