

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, _____
(Ф.И.О. гражданина)
_____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

_____ ,
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в ООО «Медицинский центр «Август», лицензия на право осуществления медицинской деятельности № ЛО-21-01-001510 от 12 июля 2016 г. выдана Министерством здравоохранения Чувашской Республики на срок – бессрочно, ИНН 2130080642, адрес места осуществления лицензируемой деятельности: 428020, Чувашская Республика, г. Чебоксары, ул. Ф. Гладкова, д. 15 «а», строение 1 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 года N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года N 24082) (далее - виды медицинских вмешательств): _____

_____ ,
(наименование вида медицинских вмешательств)

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

_____ ,
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ ,
(подпись)

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

_____ ,
(подпись)

« _____ » _____ Г.
(Дата оформления)