

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Нижнекамская центральная районная многопрофильная больница»

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____ " ____ " _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: _____ в отношении _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении _____ " ____ " _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в _____
(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. N 390н:

_____ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____ в доступной для меня форме мне разъяснены
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

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)

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

" ____ " _____ г.

(подпись)

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

(дата оформления)

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Нижнекамская центральная районная многопрофильная больница»

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____ " ____ " _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: _____ в отношении _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении _____ " ____ " _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в _____
(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. N 390н:

_____ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____ в доступной для меня форме мне разъяснены
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

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)

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

" ____ " _____ г.

(подпись)

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

(дата оформления)