

**Отказ от медицинского вмешательства
в приемном отделении**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента – полностью, дата рождения)

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: _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

находясь с приемном отделении ГАУЗ «НЦРМБ» отказываюсь от проведения медицинского вмешательства мне (представляемому).

Вид медицинского вмешательства: _____

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 может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья представляемого) и даже привести к неблагоприятному исходу.

Я согласен(на) на обработку предоставленных мной персональных данных.

Дата: _____ Ф.И.О пациента/законного представителя: _____ Подпись _____

Дата: _____ Должность, Ф.И.О. медицинского работника _____

Подпись медицинского работника _____

Приложение № 1 к приказу ГАУЗ «НЦРМБ» №311-А от 18.09.2023

**Отказ от медицинского вмешательства
в приемном отделении**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента – полностью, дата рождения)

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: _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

находясь с приемном отделении ГАУЗ «НЦРМБ» отказываюсь от проведения медицинского вмешательства мне (представляемому).

Вид медицинского вмешательства: _____

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 может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья представляемого) и даже привести к неблагоприятному исходу.

Я согласен(на) на обработку предоставленных мной персональных данных.

Дата: _____ Ф.И.О пациента/законного представителя: _____ Подпись _____

Дата: _____ Должность, Ф.И.О. медицинского работника _____

Подпись медицинского работника _____