

Отказ от медицинского вмешательства в отношении определенного вида медицинского вмешательства

Я,

_____ *Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя*
« _____ » _____ г. рождения, проживающий по адресу: _____

_____ *адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя*

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:

_____ *ФИО ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения*

(Для представителя, действующего по доверенности : Доверенность

№ _____ от « _____ » _____ 20 _____ г.)

при оказании мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) медицинской помощи в ООО « Медицинская Компания»

отказываюсь от предложенного мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) вида медицинского вмешательства

_____ *наименование вида медицинского вмешательства*
Медицинским работником

_____ *должность, Ф.И.О. медицинского работника*

в доступной для меня форме мне даны разъяснения о возможных последствиях отказа от вышеуказанного вида медицинского вмешательства. Мне разъяснено, что при возникновении необходимости проведения медицинского вмешательства, я имею право дать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, указанное в настоящем отказе от медицинского вмешательства.

_____ *Подпись, Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя*

_____ *Подпись, Ф.И.О. медицинского работника*

« _____ » _____ г.

Дата оформления отказа от медицинского вмешательства