

Отказ от видов медицинского вмешательства, 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, первичной специализированной медико-санитарной помощи.

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.)

и при оказании мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть), первичной медико-санитарной помощи в ООО «Медицинская Компания»: отказываюсь от следующих видов медицинского вмешательства, 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, первичной медико-санитарной специализированной помощи, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - виды медицинских вмешательств):

Медицинским работником

должность, Ф.И.О. медицинского работника

в доступной для меня форме мне даны разъяснения о возможных последствиях отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств. Мне разъяснено, что после оформления настоящего отказа, при возникновении необходимости проведения отдельного вида медицинского вмешательства, я имею право дать информированное добровольное согласие на одно или несколько видов медицинских вмешательств, указанных в настоящем отказе от видов медицинского вмешательства.

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

Подпись, Ф.И.О. медицинского работника

« _____ » _____ г.

Дата оформления отказа от вида медицинского вмешательства