

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, _____
« _____ » _____ г.р.,
зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

При оказании мне первичной-медико-санитарной помощи в

_____ ГБУЗ «Сыктывкарской детской поликлиники №2»
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 МЗ и СР РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н, (зарегистрирован Министерством юстиции РФ 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – виды медицинских вмешательств):

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, _____
« _____ » _____ г.р.,
зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

При оказании мне первичной-медико-санитарной помощи в

_____ ГБУЗ «Сыктывкарской детской поликлиники №2»
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 МЗ и СР РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н, (зарегистрирован Министерством юстиции РФ 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – виды медицинских вмешательств):

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

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа о 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.

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

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

« _____ » _____ г.
(дата оформления)

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

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа о 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.

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

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

« _____ » _____ г.
(дата оформления)