

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, _____ 20 ____ г.,
(ФИО заказчика (потребителя) (дата рождения))

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства Заказчика (Потребителя), либо законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в ООО КДЦ «ПУЛЬС» отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом МЗ и СР РФ от 23 апреля 2012г. №390н (зарегистрирован Министерством юстиции РФ от 05.05.2012г. №24082 далее – виды медицинских вмешательств):

_____ (наименование вида услуг (медицинского вмешательства))

Медицинским работником ООО КДЦ «ПУЛЬС»

_____ (должность, ФИО медицинского работника)

в доступной форме мне разъяснены возможные последствия отказа от 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)

_____ (ФИО Заказчика (Потребителя) или законного представителя)

_____ (подпись)

_____ (ФИО медицинского работника)

Дата оформления _____. _____. _____ г.