



143002, Московская область, г. Одинцово, ул. Молодежная, д. 18, к. а 8 (495)

645-93-67

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, _____
(Ф.И.О., дата рождения)

Проживающий(ая) по адресу: _____,
являясь законным представителем несовершеннолетнего (недееспособного)
г.р. _____

(Ф.И.О. несовершеннолетнего или недееспособного, дата рождения)

при оказании представляемому мною первичной медико-санитарной помощи в ООО «ХэлсМед» 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 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - виды медицинских вмешательств):

(наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинский работник ____.

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснил 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) (Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего или недееспособного)

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

(дата оформления)