



ООО Медицинский центр «МиРиТ»
Адрес: 680000, г. Хабаровск, ул. Пушкина, 38,
т. (4212) 91-23-23, ИНН: 2721184340
Лицензия № Л041-01189-27/00296502 от 24 декабря 2014г

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

" ____ " _____ г. рождения,

(дата рождения Пациента либо Законного представителя)

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес регистрации Пациента либо Законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении _____
(фамилия, имя, отчество Пациента при подписании согласия Законным представителем)

" ____ " _____ г. рождения, проживающего по адресу _____

(в случае проживания не по месту жительства Законного представителя)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в ООО МЦ «МиРиТ» 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:

_____ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния) _____

указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, 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 (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

подпись / _____
ФИО Пациента / Законного представителя Пациента

подпись / _____
ФИО медицинского работника

Дата оформления: