

## ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)  
«\_\_\_\_\_» 20 \_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный(ого) по адресу: \_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_  
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)  
в отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)  
«\_\_\_\_\_» 20 \_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный(ого) по адресу: \_\_\_\_\_  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)  
  
\_\_\_\_\_  
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)  
контактный номер телефона: \_\_\_\_\_  
(гражданина или законного представителя)

**при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в Обществе с ограниченной ответственностью «Лазер Клиник» 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. № 390н:**

\_\_\_\_\_  
(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником, должность и Ф.И.О. которого указаны ниже, 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))

\_\_\_\_\_  
(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 с расшифровкой пациента (представителя): \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Должность медицинского работника: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. медицинского работника: \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_

Дата: «\_\_\_\_\_» 20 \_\_\_\_ г.