

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. гражданина/законного представителя)

"__" _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина/законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в Обществе с ограниченной ответственностью Медицинский Центр «Телемедицина» (350020, Россия, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Красная, 184, пом. 1001, 1002, ОГРН 1212300011582, ИНН 2310223226) **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)

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. 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). 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 гражданина)

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

"__" _____ г.
(дата оформления)