



Отказ от медицинского вмешательства

Я, АФАНАСЬЕВ ВИКОР ТИМОФЕЕВИЧ 01.01.1950 г. рождения, зарегистрированный (ая) по адресу:

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в 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, 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.

АФАНАСЬЕВ ВИКОР ТИМОФЕЕВИЧ, +7

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« 18 » августа 2023 г.
(дата оформления)