

Приложение 40
УТВЕРЖДЕНО
приказом БУ «Нижневартовский окружной
клинический перинатальный центр»
№ 196 от 10.07.2020 г.

ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (амбулаторная помощь)

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

«__» ____ г. рождения,

зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)

«__» ____ г. рождения,
при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи

в _____
(полное наименование медицинской организации)

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

"__" ____ г.

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) _____ (дата оформления)