Отказ от медицинского вмешательства

	Я,					,	
	(фа	(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)					
<u> </u>	. >>		Г.	рождения,	зарегистрированный	по адресу:	
		(адре	с места жител	ьства гражданина	либо законного представителя)	
в отн	юше						
		(фамилия, им	ия, отчество (при	и наличии) пациента представит	и дата рождения при подписании елем)	отказа законным	
« <u> </u> >	·>	г. р	ождения,				
при	оказ	вании мне ((представля	емому лицу) і	тервичной медико-санита	арной помощи в	
Общ	еств	е с ограни	иченной от	ветственносты	о «Клиника эстетическ	ой стоматологии	
«Гал	аден	ıт» отказыва	юсь от след	ующих видов	медицинских вмешательс	тв, включенных в	
Пере	чень	ь определени	ных видов	медицинских і	вмешательств, на которы	е граждане дают	
инфо	рми	рованное до	бровольное	согласие при	выборе врача и медицин	ской организации	
ДЛЯ	ПОЛ	тучения пе	рвичной м	едико-санитар	ной помощи, утвержде	енный приказом	
Мин	истеј	рства здраво	охранения	и социального	развития РФ от 23 апрел	я 2012 г. № 390н:	
			(наименов	ание вида (видов)	медицинского вмешательства)		
	Me	едицинским	работником				
					отчество (при наличии) медиці	инского работника)	
	ВД	цоступной дл	ія меня форі	ме мне разъясн	ены возможные последств	зия отказа от	
	-				ств, в том числе вероятнос	ть развития	
осло	жнен	ний заболева	ния (состоя	ния):			
					т вышеуказанного (вышеуказ		
медиі					звития осложнений заболевани		
******		_	_		и необходимости в осуще		
					ельств, в отношении ко		
			_	нского вмешате	формированное добровол льства.	ьное согласие на	
(подп	ись) (отчество (при	наличии) гражда	нина или законного представит		
 (подп	ись) (фамилия, имя,	отчество (при	наличии) медици	«» нского работника) (дата	оформления)	