

ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА*

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

« _____ » _____ г. рождения,

проживающий по адресу: _____

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина)

при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ (Ф.И.О. гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

« _____ » _____ г. рождения,

проживающий по адресу: _____

_____ (адрес места жительства гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

медицинской помощи в _____
(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от предложенного мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) вида медицинского вмешательства

_____ (наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника,

_____ участвующего в оказании медицинской помощи)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанного вида медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении определенного вида медицинского вмешательства, в отношении которого оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид медицинского вмешательства.

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника,
участвующего в оказании медицинской помощи)

« _____ » _____ г.
(дата оформления)

_____ участвующего в оказании медицинской помощи)

« _____ » _____ г.
(дата оформления)

* Настоящая форма отказа от медицинского вмешательства не применяется в случае, если законодательством Российской Федерации установлена иная форма отказа от определенного вида медицинского вмешательства.