

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____
Ф.И.О. гражданина, законного представителя

« ____ » _____ года рождения, зарегистрированный по адресу:

Законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель - подчеркнуть)

(Ф.И.О. несовершеннолетнего до 15 лет, несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет)

« ____ » _____ года рождения, зарегистрированный и проживающий по адресу:

Отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в **Перечень определенных видов медицинских вмешательств**, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года №390н, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи в отношении лица, законным представителем которого я являюсь в медицинской организации, находящейся в **Акционерном обществе «Оздоровительный комплекс «Чайка», ИНН 2365023226, КПП 236501001, ОГРН 1142365000975, юридический и фактический адрес: 352847, Краснодарский край, Туапсинский район, с. Лермонтово, территория Оздоровительный комплекс «Чайка»**

(полное наименование медицинской организации)

_____ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Я, понимаю 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))

Я имею право при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства ✓ _____

Заполняется при личном присутствии гражданина, законного представителя при заезде ребенка в АО «ОК «Чайка» :

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

✓ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, контактный телефон)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)
(подпись) (Заполняется в случае личного присутствия родителя (законного представителя) при заезде ребенка в АО «ОК «Чайка»)

Настоящий отказ действует на время пребывания моего ребенка в АО «ОК «Чайка».

« ____ » _____ 20 ____ г. (дата заполнения)