

## Отказ от медицинского вмешательства

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество пациента и/или законного представителя)

*Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:*

Я, (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:  
\_\_\_\_\_

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения

«\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения (дата рождения гражданина либо законного представителя),  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

«\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения (дата рождения пациента при подписании согласия законным представителем),  
проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в  
ООО Стоматологический салон «Консул» 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)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.