

**ОТКАЗ
ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

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

" _____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

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

при оказании мне (представляемому лицу) медицинской помощи в ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум» отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, в т.ч. включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие (утв. Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. № 390н)

_____ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____

_____ (должность, Ф.И.О. 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 вид (такие виды) медицинского вмешательства.

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина или его законного представителя гражданина)

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. медицинского работника) " _____ " _____ г. (дата оформления)