

Форма

**Отказ от 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**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

"__" _____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо
законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в Клинике Здоровье Кожи
(Grazialle Clinic)

(полное наименование медицинской организации)

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 (зарегистрирован Министерством
юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - виды
медицинских вмешательств):

(наименование вида 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). 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 законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

"__" _____ г. (дата оформления)