

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

«МЕДЕНТАСТАР»

450064, г. Уфа, ул. Космонавтов д.18, 8/347/200-83-05 E-mail. medentastar@mail.ru

ИНН 0277055539 КПП 027701001, ОКПО 02870277, ОКВЭД 86.23

р/с 40702810706000023724 в БАШКИРСКОМ ОТДЕЛЕНИИ №8598 ПАО СБЕРБАНК

к/с 30101810300000000601 БИК 048073601

ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

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

«_____» _____ 20 _____ г. рождения, зарегистрированный(ого) 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 и дата рождения при подписании отказа законным представителем)

«_____» _____ 20 _____ г. рождения, зарегистрированный(ого) по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

контактный номер телефона: _____

(гражданина или законного представителя)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью «Правозащитники»** 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. № 390н:

— _____
(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

— _____
(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

— _____
(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

— _____
(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником, должность и Ф.И.О. которого указаны ниже, 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))

— (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 с расшифровкой пациента (представителя): _____ (_____)

Должность медицинского работника: _____

Ф.И.О. медицинского работника: _____ Подпись: _____

Дата: «_____» _____ 20 ____ г.