

Отказ

от определенных видов медицинских вмешательств в АНО МЦ «Белая роза»

Я, _____ " " _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении _____ " " _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)

При оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в автономной некоммерческой организации «Медицинский центр «Белая роза» 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)

на проведение комплексного обследования репродуктивных органов у женщин, в том числе осмотр врача-акушера-гинеколога, кольпоскопия, цитология, маммография, УЗИ органов малого таза и молочной железы, ПЦР на ВПЧ, забор крови на онкомаркеры 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)

" " _____ г.
(дата оформления)