Приложение N 3
к приказу ООО «ТРЦ»
от 14.12.2022 №8-05

Отказ от медицинского вмешательства

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** (нужное подчеркнуть):

- Первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (лечебная физкультура, медицинский массаж, сестринское дело, физиотерапия);
- Первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по мануальной терапии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, психотерапии, ревматологии в ООО «Тюменский реабилитационный центр» 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)

"_____" _____ г.

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) (дата оформления)