

## Отказ от медицинского вмешательства в ООО «ОРХИДЕЯ»

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  
ООО «ОРХИДЕЯ» 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)

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 (со-  
стояния) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(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) \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) (дата оформления)