

## Отказ от медицинского вмешательства

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения,  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства Пациента либо законного представителя)

при оказании мне медицинской помощи в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Центр медицинской реабилитации» отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, в том числе 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. Пациента или законного представителя пациента)

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата оформления)