

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области
«Архангельская областная детская клиническая больница имени П.Г. Выжлецова»**

Отказ от медицинского вмешательства в амбулаторном режиме

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

“ _____ ” _____ г. рождения, зарегистрированный (ая) по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, _____, паспорт: _____ выдан: _____ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения _____ зарегистрированный (ая) по адресу: _____

при оказании амбулаторной медицинской помощи мне /лицу, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в **государственном бюджетном учреждении здравоохранения Архангельской области «Архангельская областная детская клиническая больница имени П.Г. Выжлецова»**.

(полное наименование медицинской организации)

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 (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) _____

(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнения заболевания (осложнений).

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. гражданина или законного представителя гражданина)

Расписался в моем присутствии:

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

“ _____ ” _____ Г.
(дата оформления отказа от медицинского вмешательства)