

Отказ от медицинского вмешательства

Я,

(, Ф.И.О.).

« »

г. рождения,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

действующий 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 «КораллДент»** **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, включенных в Перечень).

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)

Дата оформления «____» _____ г.

Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

** перечень видов медицинских вмешательств, оказываемых в ООО «КораллДент»*

- 1*. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
- 2*. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия.
- 3*. Антропометрические исследования.
- 4*. Термометрия.
- 5*. Тонометрия.
- 11*. Рентгенологические методы обследования.
- 12*. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.