

АУ СОН ТО «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма»
ИИИ 7224037183, ОГРН 1077203065521
Адрес: Тюменская область, м. р-н Тюменский, с.п. Винзилинское,
тер. ФАД Тюмень-Ялуторовск-Ишим-Омск, км 28-ой, зд. 8.
тел. 8 (3452) 68-21-00, 68-21-19 (ф.)

ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Я, _____ (Ф.И.О.)

« » _____ года рождения, проживающий по адресу:

_____ (адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)

при оказании мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ (Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель)

« » _____ г. рождения

при оказании медицинской помощи в АУ СОН ТО «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма» отказываюсь от предложенного мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) следующих видов медицинских вмешательств:

_____ (наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____ (должность, Ф.И.О. мед. работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния), в частности: _____ и др.

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, одного из родителей, иного законного представителя гражданина)

_____ (подпись) (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

« » _____ г.
(дата оформления отказа)