

АУ СОН ТО «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма»
Адрес: Тюменская область, Тюменский район, 28 км Ялуторовского тракта, № 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 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)