Отказ от медицинского вмешательства

Я,

_____

(Ф.И.О. родителя либо иного законного представителя)

зарегистрированный по адресу:_____

(адрес регистрации родителя либо иного законного представителя)

проживающий по адресу:_____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи в ГКУ СО КК «Темрюкский реабилитационный центр» отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств для получения первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи

_____

(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

в отношении _____

(Ф.И.О. получателя социальных услуг (несовершеннолетнего)

«_____» _____ _____ года рождения,

(дата рождения получателя социальных услуг (несовершеннолетнего)

проживающего по адресу: _____

(в случае проживания не по месту жительства родителя либо иного законного представителя)

Медицинским работником _____

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

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных вида (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.

_____ _____

(фамилия, инициалы родителя либо иного законного представителя) (подпись)

_____ _____

(фамилия, инициалы медицинского работника) (подпись)

« _____» _____ г.

(дата оформления)