

**Отказ от медицинского вмешательства**

Я, \_\_\_\_\_  
(цифровой код пациента согласно Договору)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи/медицинской помощи в ООО «Яблоков и Ко» отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств

\_\_\_\_\_ (наименование вида (видов) вмешательства)

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 согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (цифровой код пациента согласно Договору)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.  
(дата оформления)