

Приложение № 13 к Договору № _____ от _____.

Отказ Заказчика (Пациента)
ООО «Улыбка» от медицинского вмешательства.
*Утверждено приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. № 1051н*

Согласно приложению № 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации (редакция от 12 ноября 2021 г.) № 1051н,

я, _____
(фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)
" _____ " _____ года рождения,
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу:

_____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)
" _____ " _____ года рождения,
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)
проживающего по адресу:

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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 1 (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень) _____

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных медицинских вмешательств, 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.

Примечание: отказ от проведения медицинского вмешательства в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет (16 лет для страдающих наркоманией), и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, оформляют их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных.

Факт законности представительства интересов

_____ (Ф.И.О. представляемого)
подтвержден: _____
_____ (документ представителя)

_____/_____
подпись заказчика/пациента расшифровка подписи
_____/_____
подпись врача расшифровка подписи

«____»_____202__г.
дата оформления
«____»_____202__г.
дата оформления