Отказ от медицинского вмешательства в отношении определенного вида медицинского вмешательства

Я, _____ г. рождения _____,
(Ф.И.О. гражданина)

зарегистрированного по адресу: _____
_____
(адрес места жительства гражданина, либо законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в ООО "Эребор" отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств:

_____
_____
(наименование вида медицинского вмешательства)

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

- Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние сведения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (заболевания представляемого), включая данные о результатах обследования, наличия заболевания, его диагнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведённого лечения.
- Мне подробно в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия моего отказа (отказа представляемого) от предлагаемого медицинского вмешательства. Я осознаю, что отказ от медицинского вмешательства (лечения) может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья представляемого) и даже привести к неблагоприятному исходу.

Возможные последствия отказа от медицинского вмешательства:

_____
_____
_____

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно, пользуясь своим правом, предусмотренным статьёй 19 ФЗ от 21.11.2011 г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», **отказываюсь от проведения медицинского вмешательства(лечения).**
- Мой отказ от медицинского вмешательства (лечения) является свободным и добровольным.

_____(подпись)
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

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

"____"_____202_ г.

От подписи бланка добровольного информированного согласия на отказ от проведения медицинского вмешательства _____отказался (-ась):
(Ф.И.О. пациента)

Комиссия в составе: (указывается должность, Ф.И.О, подпись)

_____
_____
_____

О факте отказа от проведения медицинского вмешательства уведомлён:

Заведующий профильным отделением (или лицо, исполняющее его обязанности)_____
_____«___»_____ 20____г.