

ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

(прерывания беременности по медицинским показаниям)

Настоящее добровольное информированное согласие составлено в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ от 21.11.2011 г., ст. 20. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____, _____,

(Ф.И.О.)

дата рождения «____» _____ 20__ г.

паспорт серия _____ № _____, выдан _____

_____ «____» _____ 20__ г.

проживающий (ая) по адресу: _____

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

в отношении _____

(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)

«____» _____ 20__ г. рождения, проживающего по адресу: _____

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, в том числе 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

_____ от прерывания беременности по медицинским показаниям _____

(наименование вида медицинского вмешательства)

Врачом _____

(название медицинского учреждения)

(Ф.И.О. врача)

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 вышеуказанных 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 вид (такие виды) медицинского вмешательства. _____

на прерывание беременности по медицинским показаниям _____

(наименование вида медицинского вмешательства)

/ _____ / _____

(подпись)

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

/ _____ / _____

(подпись)

(Ф.И.О. врача)

«____» _____ 20__ г.

(дата оформления)