



Общество с ограниченной ответственностью
**ЕВРОПЕЙСКАЯ КЛИНИКА
ДОКТОРА САВИНКОВА**

ИНН 7452043073 ОГРН 1057424022281
454091 г. Челябинск, ул.Труда, 95 тел.351-775-42-75
Лицензия № ЛО-74-01-001187 от 24 мая 2011 г. выдана
Министерством здравоохранения Челябинской области

Информированный отказ от медицинского вмешательства

Отказ от видов медицинского вмешательства, 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

Я, _____

Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя; г. рождения

проживающий по адресу: _____

адрес гражданина, одного из родителей

При оказании мне первичной медико-санитарной помощи в ООО «ЕКДС» отказываюсь от следующих видов медицинского вмешательства, 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 Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - виды медицинских вмешательств):

Медицинским работником _____

должность, Ф.И.О. медицинского работника

в доступной для меня форме мне даны разъяснения о возможных последствиях отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств. Мне разъяснено, что после оформления настоящего отказа, при возникновении необходимости проведения отдельного вида медицинского вмешательства, я имею право дать информированное добровольное согласие на одно или несколько видов медицинских вмешательств, указанных в настоящем отказе от видов медицинского вмешательства.

Подпись,

Ф.И.О. гражданина, или законного представителя

Подпись,

Ф.И.О. медицинского работника

Дата оформления Г.