



Лицензия МЗ РО № ЛО-61-01-004974 от 11.02.2016 г.,
 выдана Министерством здравоохранения Ростовской области,
 344029, г. Ростов-на-Дону, ул. 1-й Конной армии, д. 33, тел.: 8-(863)-242-41-09

ООО "Мобильная медицина", 344010, г. Ростов-на-Дону, ул. М.Горького, д.130, 2 этаж,
 тел.: 8-(863)-201-50-17, 8-(863)-201-50-19, режим работы: пн.-сб.: 8⁰⁰-19⁰⁰, вс.: 9⁰⁰-15⁰⁰
 ИНН/КПП/ОГРН 6163126843/616301001/1126195013229

Приложение 2
 к приказу ООО «Мобильная медицина»

Отказ от проведения медицинского вмешательства

Согласно статье 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Приказа Минздрава России от 20.12.2012 N 1177 н, Приказа Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 N 390 н,

Я _____
 (фамилия, имя, отчество – полностью)
 _____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, паспорт: _____, выдан: _____ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____
 (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

Находясь на лечении (обследовании) ООО «Мобильная медицина» **ОТКАЗЫВАЮСЬ** от проведения медицинского вмешательства мне (лицу мной представляемому).

- Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние сведения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (заболевания представляемого), включая данные о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения;
- Мне подробно в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия моего отказа (отказа лицу мной представляемому) 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:

 (указывается врачом)

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно, пользуясь своим правом, предусмотренным статьей 20, Закона РФ от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» отказываюсь от проведения медицинского вмешательства (лечения).

"__" _____ 201__ года _____ / _____
 (Подпись пациента/законного представителя) (расшифровка)

Расписался в моем присутствии:

Врач _____
 (Должность, Ф. И. О.) (подпись)

