



ООО «ЦЕНТР РЕПРОДУКЦИИ ЧЕЛОВЕКА И ЭКО»

344068 Российская Федерация, г. Ростов-на-Дону, ул. Бодрая, влд. 90, (т. (863)235-87-77

Лицензия № Л041-01050-61/00351027 от 24.08.2018 г.,
выдана Министерством здравоохранения Ростовской области
(344029 г. Ростов-на-Дону, ул. 1^{ой} Конной Армии, 33 тел.(863) 242-42-14)

Отказ

от 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

Я, _____
(Ф.И.О.)

« _____ » _____ г.р.,

Зарегистрированная(ый) по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина)

При оказании мне первичной медико-санитарной помощи отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств (опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование, антропометрические исследования, термометрия, тонометрия, неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных), рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, медицинский массаж, лечебная физкультура), 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 23.04.2012 г. № 390н (далее - виды медицинских вмешательств):

_____ (наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником

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

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов 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 вид (такие виды) медицинского вмешательства.

Подпись Пациента _____

подпись _____

Подпись Врача _____

подпись _____

« _____ » _____ 20 _____ г.