



Общество с ограниченной ответственностью  
«Областной стоматологический центр  
«Денталюкс»

Адрес юридического лица (для обращений):  
390006 г. Рязань, ул.Свободы д.4, кв.23

Фактический адрес:390011 г.Рязань,  
Куйбышевское шоссе, д. 11,

телефон: 25-05-68, факс: 25-05-81, 89009027511  
ИНН/КПП 6234001032/623401001  
ОГРН 1036238002745

## Отказ от медицинского вмешательства

Я, \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
в отношении \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) потребителя и дата рождения при подписании отказа законным представителем)  
при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи  
в \_\_\_\_\_  
(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_  
(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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) \_\_\_\_\_

(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (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 (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)