

(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)

(вид медицинского вмешательства)

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Мне подробно в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия моего отказа (отказа представляемого) 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.

(указываются врачом)



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

(дата оформления)

“ ” 20 года

[illegible]