

Общество с ограниченной ответственностью
«Центр квалифицированной стоматологии «Аврора»
ИНН/КПП 2308282062 / 230801001, ОГРН 1212300059620

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 _____
(фамилия, имя, отчество — полностью)
_____ года рождения, зарегистрированный(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)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в **ООО «Центр квалифицированной стоматологии «Аврора»**, (далее - ООО «ЦКС «Аврора»), расположенном по адресу: 355020, Россия, Краснодарский край, город Краснодар, ул. Гаражная, д. 67/1, офис 1, 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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - виды медицинских вмешательств):

- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
 - осмотр, в том числе пальпация, перкуссия;
 - термометрия.
 - тонометрия.
 - рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография,
- 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) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

" ___ " _____ г.
(дата оформления)