Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____ «____» _____ 19___ г. рождения,
(ФИО гражданина)
зарегистрированный по адресу:_____,
в отношении _____ 20__ г. рождения, при оказании
(ФИО ребёнка)
_____ первичной медико-санитарной помощи в МАОУ
(ФИО ребёнка)
«Ангарский лицей № 2 имени М.К. Янгеля» **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:

- 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).
- Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
- Медицинский массаж.
- Лечебная физкультура.
- _____
- _____

(при необходимости указать другое)

Медицинским работником _____ в доступной для меня форме мне
(ФИО медицинского работника)
разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния), возникновение и развитие инфекции, лихорадки, переход в хроническую форму; несвоевременное выявление туберкулеза, прогрессирование заболевания, отказ в посещении образовательной организации.

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 гражданина) (ФИО гражданина, контактный телефон)

«____» _____ 20__ г.

_____ _____
(подпись мед. работника) (ФИО мед. работника)