Общество с ограниченной ответственностью «ГОРМОНЛАЙФ»
Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01137-77/00323175
ИНН 9715365768, ОГРН 1197746620202
Взрослое и детское отделения: 123022, город Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Пресненский, улица 1905 года, дом 21, помещение 2/1
Телефон: +7 (800) 775-83-03, электронная почта: reception@hormonelife.ru
Сайт: hormonelife.ru

Отказ от вида медицинского вмешательства

Форма соответствует приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 года № 1051н. Заполняется пациентом либо его законным представителем.

фамилия, имя, отчество пациента полностью — год рождения

адрес места жительства пациента

фамилия, имя, отчество законного представителя, если отказ даёт он — год рождения

При оказании мне (представляемому мной лицу) медицинской помощи в **ООО «ГОРМОНЛАЙФ»** я отказываюсь от следующего вида медицинского вмешательства:

наименование вида медицинского вмешательства

наименование вида медицинского вмешательства (продолжение)

Медицинским работником

должность, фамилия, имя, отчество медицинского работника

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния), невозможность установить или уточнить диагноз, а также невозможность подобрать лечение и оценить его эффективность.

Разъяснённые последствия отказа

перечисляются медицинским работником

Мне разъяснено, что я вправе отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения на любом этапе, а также что отказ может быть впоследствии отозван. Мне разъяснено право обратиться за медицинской помощью повторно.

Отказ от медицинского вмешательства не допускается в случаях, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ.

дата	подпись пациента или представителя	расшифровка подписи
дата	подпись медицинского работника	расшифровка подписи