

## ОТКАЗ ОТ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

\_\_\_\_\_ (имя, отчество законного представителя: матери, отца, усыновителя, опекуна, или лица, признанного недееспособным)

Законному представителю \_\_\_\_\_

(имя, отчество ребенка или лица, признанного недееспособным)

в доступной форме предоставлена подробная информация о характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания представляемого, включая данные о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения. Подробно и в доступной форме разъяснены возможные последствия отказа от предлагаемого медицинского вмешательства, а также риск и возможность развития отрицательных последствий для здоровья представляемого, вплоть до неблагоприятного исхода. После чего законный представитель отказался (отказалась) от проведения представляемому:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

От подписи бланка добровольного информированного согласия на отказ от проведения медицинского вмешательства отказался (отказалась) в присутствии:

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_ « » 20\_\_ года

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_ « » 20\_\_ года

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_ « » 20\_\_ года