

**ГБУ АО «АРХАНГЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»**

ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

В соответствии с ФЗ № 323 от 21.11.11 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

или законный представитель пациента _____

(фамилия, имя, отчество законного представителя, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы больного)

отказываюсь от предложенного мне (пациенту) медицинского вмешательства _____

(название медицинского вмешательства)

Мне разъяснены возможные последствия отказа (прекращения лечения), а именно:

Я (пациент или его законный представитель), не буду иметь каких-либо претензий к лечебно-профилактическому учреждению в случае развития негативных последствий вследствие моего решения.

Пациент (законный представитель) _____
(подпись, фамилия, имя, отчество, дата)

Лечащий врач _____
(подпись, фамилия, имя, отчество, дата)