

**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)