Отказ
от оказания медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации в БУЗ УР «РДКБ МЗ УР»

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      Я, |  |
| (Ф.И.О. гражданина) |
|  |
| " |  | " |  | г. рождения, зарегистрированный по адресу: |  |
|  |
| (адрес места жительства (пребывания) гражданина либо законного представителя) |
|  |
| при оказании мне медицинской помощи в рамках клинической апробации в  |  |
|  |
| (полное наименование медицинской организации) |
|  |
| отказываюсь от следующих методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации  |
|  |
| (наименование метода/методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|      Медицинским работником  |  |
|  | (должность, Ф.И.О. медицинского работника) |
|  |
| в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). |
|  |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. гражданина, родителя или иного законного представителя гражданина) |
|  |  |  |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. медицинского работника) |
|  |  |  |
| " |  | " |  | г. |  |
| (дата оформления) |  |