

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____, в отношении моего ребенка _____ года рождения, при оказании первичной медико-санитарной помощи в МБОУ СОШ № 18 отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н:

- иммунологические методы обследования (Манту, диаскинтест);

Медицинским работником школы в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния), возникновение и развитие инфекции, лихорадки, переход в хроническую форму; несвоевременное выявление туберкулеза, прогрессирование заболевания, отказ в посещении образовательной организации.

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

Подпись _____

Дата _____