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) | | | | | | | | | |  | |