

необходимое для оказания медицинской помощи в связи с имеющимся заболеванием (состоянием), осуществляемое в Государственном бюджетном учреждении Республики Хакасия «Богградская районная больница» (ГБУЗ РХ «Богградская РБ»)

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О., лечащего врача либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от определенного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011 г. № 48, ст. 6724; 2012 г., № 26 ст. 3442, 3446)

(подпись, ф.и.о. гражданина либо законного представителя гражданина)

(подпись, ф.и.о. лечащего врача либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

Дата оформления: « _____ » _____ 20__ г.