

Отказ от платных медицинских услуг
в Государственном бюджетном профессиональном образовательном учреждении «Ессентукский
центр реабилитации инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья»

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

"__" _____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

отказываюсь от платных медицинских услуг в Государственном бюджетном профессиональном образовательном учреждении «Ессентукский центр реабилитации инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья»:

- лечебно-диагностических (водолечение, подводный душ – массаж, хвойно – жемчужные ванны, ванны с морской солью, ЛФК, кислородный коктейль, ингаляции: масляные, щелочные, лекарственные, грязелечение, медицинские манипуляции: инъекция внутримышечная, инъекция внутривенная, измерение артериального давления, пульс, электрокардиография с расшифровкой (ЭКГ));
- консультативной (консультации врачей: терапевта, физиотерапевта, врача лечебной физкультуры, врача стоматолога);
- реабилитационной (физиотерапия: электрофорез, магнитотерапия, СМТ (амплипульс терапия), ДДТ (диодинамотерапия), УВЧ, КВЧ, УФО, массаж по зонам по назначению врача);
- оказание неотложной стоматологической помощи.

Медицинским работником Васильевой Эллой Александровной
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских услуг, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского услуг.

(подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) Васильева Э.А.
(Ф.И.О. медицинского работника)

"__" _____ г.
(дата оформления)