

**Отказ от медицинских услуг при прохождении комплексного обследования по направлению от юридического лица**

Я, \_\_\_\_\_,  
Фамилия, имя, отчество

Дата рождения \_\_\_\_\_

при прохождении медицинского обследования в рамках комплексного обследования по программе

\_\_\_\_\_ наименование программы

по направлению юридического лица \_\_\_\_\_  
наименование юридического лица

отказываюсь от следующих медицинских услуг, включенных в план обследования

Причина отказ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Медицинским работником

(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)

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

“ ”

г.

(дата оформления)