

Общество с ограниченной ответственностью «Концепт Смайл»  
(ООО «Концепт Смайл»)  
ИНН 7203255990 / КПП 720301001  
Юридический адрес: 625048 г. Тюмень, ул. Холодильная, д. 15, кв. 89  
Фактический адрес: 625048 г. Тюмень, Ул. Малыгина, д. 59/2, 59/3  
Телефон: +79058249984  
E-mail: [ConceptSmileTMN@yandex.ru](mailto:ConceptSmileTMN@yandex.ru)  
Телефон: +7(3452) 56-89-36

---

### Отказ от медицинского вмешательства

Я, \_\_\_\_\_ года рождения,  
зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_,  
при оказании мне первичной специализированной медико-санитарной помощи в **ООО «Концепт Смайл»**  
(ИНН 7203525990, адрес осуществления деятельности: 625048 г. Тюмень, ул. Малыгина, д. 59/2, 59/3)  
отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, (далее - виды медицинских вмешательств):

\_\_\_\_\_ (наименование вида медицинского вмешательства)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 вид (такие виды) медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_/ (Фамилия, имя, отчество пациента)  
(подпись)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)