

Форма отказа от медицинского вмешательства

Я, \_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина  
либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина  
либо законного представителя)

в отношении \_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения  
при подписании отказа законным представителем)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной  
помощи

в \_\_\_\_\_  
(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в  
Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают  
информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской  
организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный  
приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской  
Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н <1>:

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

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)  
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)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных)  
вида (видов) медицинского вмешательства, 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 (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или  
законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского  
работника)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)