

Отказ 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. № 390н¹:

_____ (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

¹ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082.

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)