

### 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. N 390н:  
ООО \_\_\_\_\_

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)

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