

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 пациента, 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
медикосанитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и
социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. №
390н1: _____

_____ (наименование вида медицинского вмешательства)
Медицинским работником: _____

_____ (фамилия, имя, отчество 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 гражданина или законного представителя)

(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

«__» _____ 20__ г.