

### Отказ от медицинского вмешательства

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(дата рождения гражданина либо законного представителя) (адрес места жительства гражданина)

\_\_\_\_\_ либо законного представителя)  
 в отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании согласия законным представителем)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, при оказании мне (представляемому лицу) первичной  
 медико-санитарной помощи в Обществе с ограниченной ответственностью «Яблоков и Ко»  
(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<sup>1</sup>:

\_\_\_\_\_ (наименование вида (видов) 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 в 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, телефон)

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

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.  
(дата оформления)

<sup>1</sup> Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082