

Отказ от 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

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

" ____ " _____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)
при оказании мне 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. №390н (зарегистрирован
Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. №24082) (далее - виды медицинских
вмешательств): _____

(наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. 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). 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 вид (такие виды)
медицинского вмешательства.

Подпись

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

Подпись

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

" ____ " _____ 20 ____ г.
(дата оформления)