

**Отказ от медицинского вмешательства**

Я, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. Пациента, число, месяц, год рождения/Ф.И.О. законного представителя Пациента, число, месяц, год рождения)  
, \_\_\_\_\_ зарегистрированный(ая) \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ адресу:

\_\_\_\_\_ при оказании мне/ лицу, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_ (ФИО несовершеннолетнего, год рождения)

медицинских услуг, 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - виды медицинских вмешательств):

\_\_\_\_\_ (наименование вида (видов) 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)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.