

## 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 **ИП Клыкова Н.Х.** 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 <1>:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(медицинского вмешательства, наименование вида)

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 медицинского вмешательства 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)

\_\_\_\_\_

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

« \_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.  
(дата оформления)