Утверждено

приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 12 ноября 2021 г. N 1051н

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в

[Перечень](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=129546&dst=100009&field=134&date=11.08.2022) 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>](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=401231&dst=100075&field=134&date=11.08.2022): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование вида (видов)

медицинского 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 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 гражданина) | |
|  |  |  |  |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) |  |

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)