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)