**Отказ от медицинского вмешательства**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я, |  | |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя) | |
|  | | |
| «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, | | зарегистрированный по адресу: |
| (дата рождения гражданина либо законного представителя) | |  |
|  | | |
|  | | |
| (адрес регистрации гражданина либо законного представителя) | | |
|  | | |
| в отношении |  | |
|  | (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 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: | | |
|  | | |
|  | | |
| (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(ых) вида(ов) 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) | |
|  |  |  | «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) | (дата оформления) |