**Отказ от 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**

|  |  |
| --- | --- |
| Я, |  |
|  | (Ф. И. О. гражданина) |

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения,

|  |  |
| --- | --- |
| в отношении |  |
|  | (фамилия, имя отчество (при наличии) пациента при подписании отказа законным представителем) |

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения,

|  |  |
| --- | --- |
| при оказании мне 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. №390н:

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| (наименование вида медицинского вмешательства) | |
| Медицинским работником |  |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, 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) |  | (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина) |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф. И. О. медицинского работника) |

|  |
| --- |
| «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. |
| (дата оформления) |