

Форма

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)
_____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)
при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в _____

(полное наименование организации, оказывающей медицинские услуги)
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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской
Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - виды медицинских вмешательств):

(наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. 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). 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 вид (такие виды) медицинского
вмешательства.

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

"__" ____ Г.
(дата оформления)