



## ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

### Уважаемые пациенты!

Настоящая форма отказа от медицинского вмешательства утверждена приказом Министерства здравоохранения РФ № 1051н от 12 ноября 2021 года «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства»

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(дата рождения гражданина либо законного представителя)  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании отказа законным представителем)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(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 РФ от 23 апреля 2012 г. № 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 (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)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г