

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)

"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения,  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо  
законного представителя)

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. 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)

---

---