

## Отказ от медицинского вмешательства

Я, \_\_\_\_\_ " \_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения,  
фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина  
либо законного представителя  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
адрес места жительства гражданина  
либо законного представителя

в отношении \_\_\_\_\_ " \_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения,  
фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения  
при подписании отказа законным представителем

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в  
**ИП Токарева Л. А.** 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 <1>:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(медицинского вмешательства, наименование вида)

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 медицинского вмешательства 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)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« \_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.  
(дата оформления)