

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)