Приложение № 3
утверждено приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. № 1051н

Форма

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 _____
(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. № 390н [1]: _____
(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.
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) (дата оформления)

[1] Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082.