Утверждено

приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 12 ноября 2021 г. N 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](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=129546&date=24.06.2022&dst=100009&field=134) 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>](file:///C:\Users\jurist\Desktop\Приказ%20Минздрава%20России%20от%2012.11.2021%20N%201051н%20%20Об%20утверждени.rtf#Par234): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*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 N 24082.*