Приложение № 3
к приказу Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. № 1051

Отказ от медицинского вмешательства

Я, ФИО пациента , Дата рождения пациента г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина)зарегистрированный по адресу: Адрес регистрациипациента

(адрес регистрации гражданина)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в Наименование 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. № 390н1:

_____

(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
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.

_____ ФИО пациента
(подпись) (Ф.И.О. гражданина)

_____ _____
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

Текущая дата