

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 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>: _____
(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)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

_____ "___" _____ г.
(дата оформления)