

Утверждено  
приказом Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 12 ноября 2021 г. № 1051н

### Отказ от медицинского вмешательства

Я, \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. (при наличии) гражданина либо законного представителя

«\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
дата рождения гражданина либо законного представителя

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

в отношении \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

«\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения, при оказании мне  
дата рождения пациента при подписании законным представителем

(представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в Обществе с Ограниченной Ответственностью «НСМ-КЛИНИК» 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:

\_\_\_\_\_ (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)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

«\_\_» \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. (при наличии) медицинского работника)

\_\_\_\_\_ (дата оформления)