

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

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) и дата рождения пациента при подписании отказа законным представителем)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи
в ИП Никанова Екатерина Александровна

(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. № 390 н¹

(наименование вида(видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником

Никанова Екатерина Александровна, врач-педиатр

(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 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 информационное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды)
медицинского вмешательства.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя)

« _____ » _____ я _____ 20 _____ г.

(подпись)

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

(дата оформления)

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

