

**Отказ от 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**

(бланк заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан)

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г.р.,  
*Фамилия Имя Отчество полностью законного представителя*

зарегистрированный \_\_\_\_\_ по  
адресу \_\_\_\_\_  
*(адрес регистрации законного представителя)*

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель – нужное подчеркнуть) ребенка:

\_\_\_\_\_  
*Фамилия Имя Отчество ребенка, год рождения*

или \_\_\_\_\_ лица, \_\_\_\_\_ признанного  
недееспособным: \_\_\_\_\_  
*Фамилия Имя Отчество недееспособного гражданина – полностью, год рождения*

проживающего \_\_\_\_\_ по  
адресу \_\_\_\_\_  
*(в случае проживания не по месту законного представителя)*

при оказании представляемому лицу первичной медико-санитарной помощи, законным представителем которого я являюсь, в

**медицинском центре ООО «Здоровье семьи»**

*(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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – виды медицинских вмешательств):

\_\_\_\_\_  
*(наименование вида медицинского вмешательства)*

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
*(должность, Ф.И.О. 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 вышеуказанных видов медицинских вмешательств, 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 вид (такие виды) медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_  
*(подпись) (Ф.И.О. гражданина / законного представителя)*

\_\_\_\_\_  
*(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)*

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2

