

Утверждено
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. N 1051н

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____
Ф.И.О. гражданина (-ки)

" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированная по адресу:

_____ адрес места жительства гражданина (-ки)
при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в ООО
«Медицинский Центр УЛЬТРАЗВУК» ОГРН 1113668027395, ИНН
3662166420, юрид. адрес 394068, г. Воронеж, ул. Ипподромная, д. 2в
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: _____
(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.

Пациент _____
(фамилия, имя, отчество)

_____ (подпись)

Медицинский работник _____
(ФИО)

_____ (подпись)

Дата " ____ " _____ 20 ____ г.