

**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**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения,  
зарегистрированный \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина либо законного  
представителя)  
при оказании первичной медико-санитарной помощи в

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)  
отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств в отношении моего  
ребенка, 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 (зарегистрирован Министерством  
юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 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). 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 или законного представителя гражданина)

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

"\_\_" \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)