Приложение № 3

к приказу Министерства здравоохранения РФ

от 20 декабря 2012 г. № 1177н

**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 мне первичной медико-санитарной помощи в

|  |
| --- |
|  |
| (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). 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) |  |