Приложение № 3 к приказу Минздрава РФ от 12.11.2021 г. № 1051н

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, {{ Законный представитель.ФИО }}, {{ Законный представитель.Дата рождения }} года рождения, зарегистрированный по адресу: {{ Законный представитель.Адрес: Город }}, {{ Законный представитель.Адрес: Улица }}, {{ Законный представитель.Адрес: Дом }}, {{ Законный представитель.Адрес: Кв./Офис }} в отношении {{ Пациент.ФИО }}, {{ Пациент.Дата рождения }} года рождения при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в {{ Клиника.Юридическое наименование }}, {{ Клиника.Адрес }}, 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) {{ Законный представитель.Фамилия и инициалы }} {{ Пациент.Фамилия и инициалы }}

_____ (Подпись) _____ ФИО медицинского работника