

УТВЕРЖДАЮ  
Генеральный директор  
Чеботарева И.Б.  
"\_\_\_" \_\_\_\_\_ г.

В соответствии с  
Приложение N 3  
Утверждено  
приказом Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 12 ноября 2021 г. N 1051н

Форма

## ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. рождения,  
(дата рождения гражданина, либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

В отношении \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения  
при подписании отказа законным представителем)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. рождения,

при оказании мне (представляемому лицу) 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. 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.

|           |                                                                                   |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| _____     | _____                                                                             |
| (подпись) | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя) |
| _____     | _____                                                                             |
| (подпись) | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)                     |

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата оформления)

-----

<1> Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный N 24082.

*Приказ Минздрава России от 12.11.2021 N 1051н "Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства" (вместе с "Порядком дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств")*