

**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, \_\_\_\_\_ г. рождения,  
*(Ф.И.О. гражданина)*

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_,  
*(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)*

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в ООО «ОРХИДЕЯ» 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 года N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года N 24082) (далее - виды медицинских вмешательств):

\_\_\_\_\_ *(наименование вида медицинских вмешательств)*

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
*(Ф.И.О. должность 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)*

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_\_ г.  
*(Дата оформления)*