

Утверждено  
приказом Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 12 ноября 2021 г. N 1051н

Форма

Отказ от медицинского вмешательства

Я, \_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина  
либо законного представителя)  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина  
либо законного представителя)

в отношении \_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения  
при подписании отказа законным представителем)

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 <1>: \_\_\_\_\_

(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 законного  
представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
"\_\_\_" \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии)  
медицинского работника)

\_\_\_\_\_  
(дата оформления)

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