

## Отказ от медицинского вмешательства

Я, \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)  
зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина или законного представителя)

в отношении \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)  
при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в  
**Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская  
стоматологическая поликлиника № 2 города Сочи» Министерства  
здравоохранения Краснодарского края** 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):

\_\_\_\_\_  
(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 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)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина  
или законного представителя граждан)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

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