Приложение №2

к приказу ООО «ДМК»

от 29.03.2022 №11-ОД

Приложение № 3

к приказу Министерства

здравоохранения Российской Федерации

от 12 ноября 2021 г. № 1051н

**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 раз-

|  |  |
| --- | --- |
| вития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 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 (со-

|  |  |
| --- | --- |
| стояния) |  |
|  |
| (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) |