

**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 «Симилия»
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)*

« _____ » _____ Г.
(Дата оформления)