**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 ООО «Дом здоровья Саратов – ДЭНС» **отказываюсь**  от следующих видов медицинских вмешательств,

включенных в [Перечень](https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=198250#l2) 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)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского

работника)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)