

**Приказ Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2021 г. N 1051н "Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства"**

ГАРАНТ:

См. данную форму в редакторе MS-Word

Приложение N 3 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<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (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) \_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г.  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_ (дата оформления)  
медицинского работника)

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2021 г. N 1051н "Об утверждении Порядка дачи ...

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