

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор

ООО «Дента Арт»

В.Г. Кравченко/

Приложение № 3 к приказу 0103/1 от «01» марта 2022г.



Приложение N3

к приказу Министерства

здравоохранения

Российской Федерации

от 12 ноября 2021г. N 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 Обществе с ограниченной ответственностью «Дента Арт»

(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:

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