

ИНН 3460077167
КПП 346001001
ОКВЭД 86.21 Общая врачебная практика
ОКТМО 18701000
ОГРН 1193443012410

Расчетный счет 407 028 102 110 000 161 72
Кор. счет 301 018 101 000 000 006 47
Наименование банка
Волгоградское отделение № 8621 ПАО СБЕРБАНК
БИК 041806647

Приложение №3, к Приказу № 07 от 26.11.2020г.
(Приложение № 3 к приказу МЗ РФ от 20.12.2012 № 1177н).

**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, _____
(Ф.И.О. пациента)

«__» _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)
при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в ООО «Клиника семейного здоровья»
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. № 390н (зарегистрирован
Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – виды
медицинских вмешательств):

_____ (наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником: _____
(должность, Ф.И.О. 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)

«__» _____ 20__ г.
(дата оформления)