

**Отказ от видов медицинского вмешательства,  
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. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения,  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя  
и при оказании мне, моему ребенку лицу чьим законным представителем я являюсь  
(ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения,  
проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
адрес ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель  
первичной медико-санитарной помощи в

\_\_\_\_\_ наименование медицинской организации  
отказываюсь от следующих видов медицинского вмешательства, 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  
Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г № 390 н (зарегистрирован Минюстом  
России 5 мая 2012 г № 24082) (далее - виды медицинских вмешательств):

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

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
должность, Ф.И.О. медицинского работника

в доступной для меня форме мне даны разъяснения о возможных последствиях отказа от  
вышеуказанных видов медицинских вмешательств. Мне разъяснено, что после оформления  
настоящего отказа, при возникновении необходимости проведения отдельного вида  
медицинского вмешательства, я имею право дать информированное добровольное согласие  
на одно или несколько видов медицинских вмешательств, указанных в настоящем отказе от  
видов медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_ Подпись, \_\_\_\_\_ Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

\_\_\_\_\_ Подпись, \_\_\_\_\_ Ф.И.О. медицинского работника

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.

Дата оформления отказа от вида медицинского вмешательства.

**ПЕРЕЧЕНЬ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ,  
НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ  
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, спирография.
11. Медицинский массаж.
12. Лечебная физкультура.