



ООО «Дочки-Матери»,  
Адрес: 400087, Волгоградская обл,  
г Волгоград, Центральный р-н, ул Невская, 2;  
Тел. 8(8442) 221-001  
E-mail: dm\_clinic@bk.ru

ИНН: 3443149358  
КПП: 344401001  
ОКТМО: 18701000001  
ОГРН: 1223400010470

Р/с 40702810500002011314 ПАО «МТС-БАНК»  
К/с 30101810600000000232  
БИК: 044525232

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 «Дочки-Матери» 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)