

Приложение №2

к приказу МЗ РФ от 20.12.2012 №1177н  
Протокол заседания врачебной комиссии  
ООО ДЦ «Гиппократ» от 30.03 2017 № 2-17

**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, \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения,  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в **ООО Диагностическом центре «Гиппократ»** 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 МЗСР РФ от 23.04.2012 №390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи» и протоколом заседания врачебной комиссии

ООО ДЦ «Гиппократ» от 30.03 2017 № 2-17. Отказываюсь от госпитализации по экстренным медицинским показаниям, угрожающим моей жизни и моему здоровью *(при необходимости подчеркнуть)*.

**Указать вид медицинского вмешательства** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Медицинским работником (Ф.И.О.врача, специальность) \_\_\_\_\_

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.

Ф.И.О.(гражданина или законного представителя гражданина) \_\_\_\_\_

Ф.И.О.(медицинского работника) \_\_\_\_\_

Дата оформления \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.