

**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. гражданина)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

Законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель – подчеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. несовершеннолетнего до 15 лет, несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет)

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 года № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года № 24082) (далее – виды медицинских вмешательств) в федеральном государственном образовательном учреждении «Международный детский центр «Артек» (далее – Центр):

\_\_\_\_\_  
(наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником \_\_\_\_\_ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)  
(Заполняется в случае личного присутствия родителя (законного представителя) при заезде ребенка в Центр)

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. медицинского работника)  
(Заполняется в случае личного присутствия родителя (законного представителя) при заезде ребенка в МДЦ «Артек»)

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Настоящее согласие действует на время пребывания моего ребенка в Центре.

Я оставляю за собой право отозвать свой 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 посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Центра по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Центра.

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

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

(дата оформления)

