

**Отказ**  
**от медицинского вмешательства при оказании медицинской**  
**помощи в рамках клинической апробации методов профилактики,**  
**диагностики, лечения и реабилитации, утвержденный приказом**  
**Минздрава России от 04.04 2025 г. №**

Я,

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, либо законного представителя пациента)  
" \_\_\_ " \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по  
адресу:  
(дата рождения пациента, либо законного представителя пациента)

\_\_\_\_\_  
(адрес регистрации пациента либо законного представителя пациента), проживающий по адресу:

\_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по адресу регистрации)  
отказываюсь от следующего медицинского вмешательства (следующих видов  
медицинского вмешательства) (нужное подчеркнуть) при оказании  
медицинской помощи в рамках клинической апробации методов  
профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (далее соответственно  
отказ, клиническая апробация) в отношении

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, в отношении которого отказ подписывает  
законный представитель пациента)  
" \_\_\_ " \_\_\_\_\_ года рождения  
(заполняется при подписании отказа (дата рождения пациента, в отношении которого отказ  
подписывает законный представитель пациента)  
законным представителем пациента), законным представителем которого я  
являюсь:

\_\_\_\_\_  
(наименование медицинского вмешательства (видов медицинского вмешательства))

В **Федеральном государственном бюджетном учреждении**  
**«Национальный центр спортивной медицины Федерального медико-**  
**биологического агентства»**

(полное наименование медицинской организации) или иной организации, осуществляющей наряду  
с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, подведомственной  
федеральным органам исполнительной власти) согласно протоколу клинической апробации

\_\_\_\_\_  
(идентификационный номер и дата протокола)

Медицинским работником

\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)  
в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия  
отказа, в том числе вероятность развития осложнений заболевания  
(состояния).

---

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента либо законного представителя  
пациента, номер телефона)

---

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" " \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)

от «\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 г. № \_\_\_\_\_