**Образец отказа от вакцинации в роддом –**

2 экземпляра, на свой требуйте отметку о принятии.

Главному врачу

Городской больницы №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(ФИО, если известно)

Заведующему акушерским отделением

(родильным домом) № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(ФИО, если известно)

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(ФИО родителей / роженицы )

**ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

Я/мы, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(ФИО; через запятую, если пишут оба родителя), на основании п. 8 ч. 5 ст. 19, ч. 3 ст. 20 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ч. 1 ст. 5 Федерального закона N 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», ст. 64 Семейного кодекса РФ, ст. 38 Конституции РФ **отказываюсь** (- емся) **от всех профилактических прививок** (или: -от прививки против гепатита В, - от прививки БЦЖ) **и инъекции витамина К** (если актуально), **а так же** (перечень вмешательств, если вы хотите отказаться от тех или иных манипуляций), **моему** (-им) **новорожденному** (-ным) **ребенку** (-детям) **в роддоме № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ города \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (в Городской клинической больнице № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), и запрещаю любое медицинское вмешательство без моего предварительного письменного согласия и личного присутствия**, за исключением случаев, предусмотренных п. 1 ч. 9 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г., когда медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни.

**Данный отказ от медицинских вмешательств прошу приобщить к медицинской документации моего ребенка** (-моих детей).

**Также запрещаю передавать любые сведения обо мне и моем** (-их) **новорожденном** (-ных) **ребенке** (-детях)**, в том числе составляющие врачебную тайну, любым третьим лицам без моего письменного согласия.**

 Уведомляю об уголовной (ст. ст. 137, 286, 293 УК РФ) и административной (ст. 13.14 КоАП РФ) ответственности в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации в случае нарушения прав моего новорожденного ребенка, связанного с нарушением норм Конституции Российской Федерации (ст.ст. 23, 24),  Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО)/