

**ОТКАЗ ОТ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
(ДИАГНОСТИЧЕСКИХ, ЛЕЧЕБНЫХ, РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ)**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

В соответствии со ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по собственной инициативе отказываюсь от дальнейшего проведения в отношении меня полного комплекса диагностических и лечебных (реабилитационных) мероприятий, за исключением

_____ (наименование выбранной пациентом услуги)

Последствия такого отказа, в том числе влияния на дальнейшее состояние моего здоровья мне разъяснены полностью, в доступной форме и мне понятны. Я имел (имела) возможность задать вопросы для получения интересующих меня сведений о состоянии моего здоровья и влиянии отказа от дальнейшего медицинского вмешательства на исход и прогноз моего заболевания, способах профилактики, альтернативных вариантах лечения и рекомендуемых сроках. Каких-либо претензий и замечаний к персоналу ООО «Дента+» _____, касающихся условий заключенного нами ранее договора № ____ от _____ не имею.

Число _____ Подпись пациента _____

Беседу провел врач _____
специальность, ФИО, подпись

В присутствии _____
должность, ФИО, подпись сотрудника

должность, ФИО, подпись сотрудника

От подписи бланка «Отказ от проведения медицинского вмешательства» отказался (отказалась):

Консилиум врачей в составе:

Должность _____ Ф.И.О. _____ подпись _____

Должность _____ Ф.И.О. _____ подпись _____

Должность _____ Ф.И.О. _____ подпись _____

" ____ " _____ 20 ____ года