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

Я, Клиент _____
(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 « » _____20 г не имею.

«____»_____20 г. 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

ОБРАЗЕЦ