

Отказ от проведения медицинского вмешательства

Приложение к медицинской карте № _____ от _____ 20__ г.

г. Уфа

«__» _____ 20__ г.

Я, _____
(Ф.И.О. пациента, дата рождения)

Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах пациента действует его представитель

Я, _____,
(Ф.И.О. представителя пациента)

выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента _____

(Ф.И.О. пациента, дата рождения)

находясь на лечении (обследовании) в ООО «ДОСТУПНЫЕ СТОМАТОЛОГИИ», **отказываюсь от проведения мне (представляемому)** _____
(вид медицинского вмешательства)

- Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние сведения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (заболевания представляемого), включая данные о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения;

- Мне подробно в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия моего отказа (отказа представляемого) от предлагаемого медицинского вмешательства. Я осознаю, что отказ от медицинского вмешательства (лечения) может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья представляемого) и даже привести к неблагоприятному исходу.

Возможные последствия отказа от медицинского вмешательства (лечения): _____

(указываются врачом)

Дополнительная информация:

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно, пользуясь своим правом, предусмотренным статьей 19 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ, отказываюсь от проведения _____

(вид медицинского вмешательства)

Пациент (представитель пациента) отказался от проведения медицинского вмешательства (лечения)
_____ (подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил пациенту последствия отказа от проведения медицинского вмешательства, дал ответы на все вопросы.

Врач _____
(подпись, Ф.И.О.)