Приложение №__
к договору на оказание платных стоматологических услуг
№ ____ от _____

"Отказ от лечения"

Я, _____, в соответствии с п.8 ст. 20 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", проинформирован о поставленном мне (доверителю) диагнозе заболевания _____,

(диагноз заполняется лечащим врачом)

а также о том, что мне необходимо выполнить медицинское вмешательство _____

(наименование операции заполняется лечащим врачом)

Я_____ отказываюсь от _____

(перечисляется, от каких вмешательств отказывается пациент)

Моим лечащим врачом, мне были полностью разъяснены характер и цели предложенного медицинского вмешательства (лечения), а также все возможные альтернативы такому вмешательству (лечению).

Мне разъяснены возможные отрицательные последствия отказа от медицинского вмешательства (прекращения лечения, перенос лечения на длительный срок), и я полностью понимаю все возможные последствия такого отказа, исходящего от меня, если лечение не будет проведено.

Возможные последствия отказа от вмешательства мне разъяснены — длительное откладывание на срок от до , отказ от лечения приведут к _____
_____
_____,
что в итоге может неблагоприятно повлиять на мое здоровье, ухудшить качество моей жизни.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) всё вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с моим лечащим врачом все интересующие меня и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и отказом от него. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Мой отказ от медицинского вмешательства (лечения) является свободным и добровольным, я не испытывал (а) какого-либо давления при принятии решения о нём.

Я прочитал, понял значение всех слов и медицинских терминов в данном документе и отказываюсь от лечения _____ «___» _____

Ф ИО полностью *подпись*

Подпись лечащего врача _____ «___» _____ 20__ года.

Приложение №___ к договору на оказание платных стоматологических услуг №____
от «__» ____ 20___ г.

«Отказ от лечения»

Я, _____, в соответствии с п. 8 ст. 20 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», проинформирован о поставленном мне (доверителю) диагнозе заболевания _____,

(диагноз заполняется лечащим врачом)

а так же о том, что мне необходимо выполнить медицинское вмешательство _____.

(наименование вмешательства заполняется лечащим врачом)

Я, _____, отказываюсь от _____.

(вмешательства, от которых отказывается пациент)

Моим лечащим врачом, мне, были полностью разъяснены характер и цели предложенного медицинского вмешательства (лечения), а также все возможные альтернативы такому вмешательству (лечению).

Мне разъяснены возможные отрицательные последствия отказа от медицинского вмешательства (прекращения лечения, перенос лечения на длительный срок), и я полностью понимаю все возможные последствия такого отказа, исходящего от меня, если лечение не будет проведено.

Возможные последствия отказа от медицинского вмешательства мне разъяснены – длительное откладывание на срок от _____ до _____ дней или отказ от лечения приведут к _____
_____
_____
_____
_____
_____
, что в итоге может неблагоприятно повлиять на мое здоровье, ухудшить качество моей жизни.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) всё вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с моим лечащим врачом все интересующие меня и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и отказом от него. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Мой отказ от медицинского вмешательства (лечения) является свободным и добровольным, я не испытывал(а) какого-либо давления при принятии решения о нем.

Я, _____, прочитал(а), понял(а) значение всех слов и медицинских терминов в данном документе и отказываюсь от лечения.

_____ / «___» _____ 20___ г.
(подпись) *(дата)*

Врач: _____/_____ / «___» _____ 20___ г.
(подпись) *(дата)*