

## ОТКАЗ

### от медицинского вмешательства

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество - полностью)

\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

находясь на лечении в \_ООО «Дентал Мастер»

отказываюсь от проведения мне медицинского вмешательства

\_\_\_\_\_.  
(кратко указать вид и характер медицинского вмешательства)

- Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние сведения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания, 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.  
(указываются лечащим 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 статьями 19 и 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», отказываюсь от медицинского вмешательства (лечения).

\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
(подпись и расшифровка подписи пациента)

Расписался в моём присутствии/от подписания отказался:

\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
(подпись и расшифровка подписи врача)