

Отказ от медицинского вмешательства

*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 _____

Я, _____

_____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

при оказании мне медико-санитарной помощи в ООО «Ханбиков ДентЪ» отказываюсь от
медицинского вмешательства:

(наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____ в доступной для меня форме мне
разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанного медицинского вмешательства, в том
числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении медицинского
вмешательства, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить
информированное добровольное согласие на такой вид медицинского вмешательства.

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

" _____ " _____ 20__ г.