ООО «Миродент»

Приложение №6 к договору № _____ от _____
на оказание платных стоматологических услуг

Отказ от лечения

Я,
_____
_____,
(ФИО)
являясь родителем (законным представителем) пациента
_____,
(ФИО ребенка (подопечного) до 15 лет)
в соответствии с п.8 ст. 20 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", проинформирован о поставленном диагнозе заболевания
_____
_____,
диагноз заполняется лечащим врачом
а также о том, что мне необходимо выполнить медицинское вмешательство (лечение)_____
_____
____
наименование вмешательства (лечения) заполняется лечащим врачом
_____
_____
_____.

Я отказываюсь от проведения следующих вмешательств моему ребёнку (подопечному)
_____
_____
перечисляется, от каких вмешательств отказывается пациент
_____
_____
_____
_____.

Лечащим врачом моего ребёнка (подопечного) 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), 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 или отказ от лечения приведут к
_____

ООО «Миродент»

Приложение №6 к договору № _____ от _____
на оказание платных стоматологических услуг

Отказ от лечения

Я,
_____
_____,
(ФИО)
являясь родителем (законным представителем) пациента
_____,
(ФИО ребенка (подопечного) до 15 лет)
в соответствии с п.8 ст. 20 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", проинформирован о поставленном диагнозе заболевания
_____
_____,
диагноз заполняется лечащим врачом
а также о том, что мне необходимо выполнить медицинское вмешательство (лечение)_____
_____
____
наименование вмешательства (лечения) заполняется лечащим врачом
_____
_____
_____.

Я отказываюсь от проведения следующих вмешательств моему ребёнку (подопечному)
_____
_____
перечисляется, от каких вмешательств отказывается пациент
_____
_____
_____
_____.

Лечащим врачом моего ребёнка (подопечного) 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), 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 или отказ от лечения приведут к _____

_____

_____

_____,

что в итоге может неблагоприятно повлиять на здоровье моего ребёнка (подопечного), ухудшить качество его жизни.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) всё вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с лечащим врачом моего ребёнка (подопечного) все интересующие меня и непонятные мне вопросы, связанные с лечением заболевания моего ребёнка (подопечного) 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 предложенного лечения моему ребёнку (подопечному)_____ _____.

(ФИО ребенка (подопечного) до 15 лет)

Родитель (законный представитель):

_____/_____

(подпись) *(ФИО полностью)*

Беседу провел врач: _____ / _____

(подпись) *(ФИО полностью)*

«___»_____ 202__ г.

_____
_____
_____,

что в итоге может неблагоприятно повлиять на здоровье моего ребёнка (подопечного), ухудшить качество его жизни.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) всё вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с лечащим врачом моего ребёнка (подопечного) все интересующие меня и непонятные мне вопросы, связанные с лечением заболевания моего ребёнка (подопечного) 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 предложенного лечения моему ребёнку (подопечному)_____ _____.

(ФИО ребенка (подопечного) до 15 лет)

Родитель (законный представитель):

_____/_____

(подпись) *(ФИО полностью)*

Беседу провел врач: _____ / _____

(подпись) *(ФИО полностью)*

«___»_____ 202__ г.