

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

ООО «Миродент»

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 _____
_____,
_____ *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 _____

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

ООО «Миродент»

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 _____
_____,
_____ *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.