

**Отказ от проведения медицинского вмешательства**  
**(Лечения, протезирования)**

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество — полностью)  
\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

---

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:** Я, паспорт, \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**) ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_  
( Ф.И.О. Ребенка или недееспособного гражданина — полностью, год рождения)

отказываюсь от предложенного мне медицинского вмешательства (лечения, протезирования) в ООО «Центр квалифицированной стоматологии «Аврора».

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

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

Я понимаю, что у меня есть право делать выбор в отношении медицинского вмешательства (лечения, протезирования) и каждый выбор имеет свои последствия.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все 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) удовлетворяющие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

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

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_