

ПРИМЕРНАЯ ФОРМА ОТКАЗА ОТ ПРОДОЛЖЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ

Я, _____, в соответствии со статьей 20
Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,
проинформирован о поставленном мне диагнозе

_____, а также о том,
что мне необходимо выполнить _____.

**Я отказываюсь от _____ в
соответствии с согласованным (_____ дата) Планом лечения на неопределенный срок по
личным причинам.**

Моим лечащим врачом мне были полностью разъяснены характер и цели предложенного
лечения, а именно: _____, а также все возможные альтернативы
_____.

Мне разъяснены возможные отрицательные последствия отказа от завершения
_____.

, и я полностью понимаю все возможные последствия такого отказа, исходящего от меня, если
лечение не будет проведено.

Возможные последствия отказа от вмешательства мне разъяснены —

_____.

(ПОДРОБНО ПРОПИСАТЬ ПОСЛЕДСТВИЯ ОТКАЗА!)

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 лечения в ООО «Томур» (URING REGENERATION CLINIC).

(полностью ФИО пациента)
_____- (подпись) _____- (дата)

Подпись лечащего врача:
