

## ОТКАЗ ОТ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

Отказываюсь от проведения мне \_\_\_\_\_

Мне предоставлена понятная мне информация о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания, включая данные о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения. Мне подробно и в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия моего отказа от предлагаемого медицинского вмешательства. Я осознаю риск развития отрицательных последствий для моего здоровья и неблагоприятного исхода. Пользуясь своим правом, предусмотренным статьей 20 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», отказываюсь от проведения медицинского вмешательства (лечения)

Пациент \_\_\_\_\_ (подпись) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Врач \_\_\_\_\_ (подпись) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года