

**ОТКАЗ
от медицинского вмешательства (лечения)**

г. Бердянск

{ТекущаяДата} г.

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и условиями его проведения лечения.

Я, {ФамилияИмяОтчество}, отказываюсь от предложенного мне медицинского вмешательства (лечения)

1.

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

2.

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.

3.

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

4.

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) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

5.

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

Подпись пациента

_____ / {ФамилияИО} /

Подпись врача

_____ /
{ТекущийПользователь.ФамилияИмяОтчество}