

**ИНФОРМИРОВАННЫЙ ОТКАЗ
ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
С ОТКАЗОМ ПАЦИЕНТА ОТ РОСПИСИ**

Пациенту(ке) _____,
(Ф.И.О. полностью)

находящемуся в ООО «Центр лазерной медицины» на основании жалоб, анамнеза, выполненного объективного и лабораторно-инструментального обследования, проведенных консультаций специалистов, установлен диагноз

_____ (указать основной (предварительный) диагноз)

Пациенту(ке) с целью _____

_____ обосновать необходимость медицинского вмешательства (госпитализации)

предложено _____
(указать характер вмешательства(госпитализация/

_____ инвазивное диагностическое исследование/операция полностью))

Пациент(ка) в доступной для него (нее) форме информирован(а) о результатах обследования, диагнозе, возможности развития при невыполнении данного медицинского вмешательства таких последствий и осложнений как:

_____ (подробно перечислить возможные последствия и осложнения

_____ вплоть до возможного летального исхода)

Несмотря на полученную информацию, пациент(ка) отказывается от предложенного медицинского вмешательства (согласно ст. 30,33 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», ФЗ № 5487-1 от 22.07.1993 г.), в чем отказывается собственноручно подписываться, что удостоверяют присутствовавшие при беседе свидетели:

_____ (подпись врача, расшифровка подписи полностью)

_____ (подпись свидетеля, расшифровка подписи полностью)

_____ (подпись свидетеля, расшифровка подписи полностью)

_____ (подпись свидетеля, расшифровка подписи полностью)

« ___ » _____ 20__ г. _____ час _____ мин