## ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №1 города Белгорода»

## Отказ от медицинского вмешательства

	(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражда	нина либо законного представителя)	
зарегистр	рированный по адресу:	уданина либо законного представител:	я)
			,
в отношения	ли		Γ.
рождения,	(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подп	исании отказа законным представителе	ем)
	на лечении (обследовании) <b>в областном государственном у</b> и <b>ка №1 города Белгорода»,</b> отказываюсь от проведенияследующих	чреждении здравоохранен видов медицинских вмеша	
	(вид медицинского вмешательства	1	
Мелицин	ским работником	,	
тиодицип		(при наличии) медицинского работник	a)
представля связанном Мне под предлагае		олевания, его диагнозе и при последствиях и результатах педствия моего отказа (отка нского вмешательства (лечен	огнозе, методах лечения, проведенного лечения. аза представляемого) от ния) может отрицательно
пользуясь	(указываются врачом) пен (ознакомлена) и согласен (согласна) с настоящим отказом, суть к своим правом, предусмотренным статьей 20 Федерального закона от 2 Российской Федерации», отказываюсь от проведения выше перечисле	1.11.2011 года № 323-ФЗ «Об	основах охраны здоровья
(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражда		· , ,
(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского	работника) (дат	
От подписи ( Консилиум в Должность, Ф Должность, Ф	заполняется в случае отказа от медицинского вмешательства  бланка добровольного информированного согласия на отказ от проведения мед  врачей в составе:  р.И.О. и подпись  р.И.О. и подпись  р.И.О. и подпись	ицинского вмешательства отказа.	лся (отказалась <u>):</u>
" "	20 года		
Дата	Диагноз	Подпись врача	Подпись пациента