

Дата _____

Отказ от рекомендованного медицинского лечения

Я, _____,
отказываюсь от рекомендованного мне стоматологического
лечения _____

Врач рекомендует мне проведение комплексного стоматологического лечения и протезирования-санацию полости рта. Рекомендованное лечение должно быть осуществлено в определенные сроки и с определенной последовательностью. Врач подробно информировал меня о характере и целях рекомендованного мне лечения, мне разъяснены возможные отрицательные последствия отказа от санации полости рта. Я осознаю, что выбор мною неоптимального плана лечения и протезирования, изменение сроков и этапности стоматологического лечения отрицательно повлияют на итоговый результат лечения, их отдаленный прогноз. Я подтверждаю, что имею возможность обсудить с моим лечащим врачом интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с моим лечением и отказом от него.

План лечения составлен и отдан мне на руки, копия находится в карте.

Подпись врача _____

Подпись пациента _____

Образец