



Стоматологическая клиника "ВитАрт"
Адрес: Большой Дровяной переулок д.18
<http://www.vitart-stom.ru>, info@vitart-stom.ru
+7 (495) 698-00-98, +7 (495) 698-02-09

Отказ от лечения

" _____ " _____ 20__ г.

г.Москва

Я, \Patient\, отказываюсь от рекомендованного мне стоматологического лечения:

Врач рекомендует мне проведение комплексного стоматологического лечения и протезирования - санацию полости рта.

Рекомендованное лечение должно быть осуществлено в определённые сроки и с определённой последовательностью.

Врач подробно информировал меня о характере и целях рекомендованного 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, протезирования, и их отдалённый прогноз.

Я подтверждаю, что имею возможность обсудить с моим лечащим врачом интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с моим лечением и отказом от него.

Подпись пациента
(родителя) _____

П о д п и с ь
врача _____

Если пациент не способен поставить подпись или несовершеннолетний, подпись родителя или опекуна.

Свидетель/администратор/ _____ / _____ /