

УТВЕРЖДЕНА:

Генеральным директором
ООО «ЦДИ «АТЛАНТ»
«13» октября 2026 г.

Приложение № 11
к приказу № ОД-13-10/26-1
от «13» октября 2026 г.

М.П.

/И.А. Кривошесовой/

ТИПОВАЯ ФОРМА
Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____ « ____ » _____ г. р.,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный(ая) по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

В ОТНОШЕНИИ _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ г. р., проживающего(ей) по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в обществе с ограниченной ответственностью «ЦЕНТР ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТОЛОГИИ «АТЛАНТ» отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2012 № 390н:

(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния), включая некоторые из указанных: прогрессирование имеющегося(ихся) заболевания(ий), развитие инфекционных осложнений, вовлечение в инфекционный процесс соседних зубов и тканей, появление болевых ощущений, обострение и развитие системных заболеваний организма (в том числе заболевания желудочно-кишечного тракта; нейропатология и пр.); прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, провоцирование в дальнейшем проблем установки дентальных имплантатов и (или) ортопедических / ортодонтических конструкций; дальнейшее снижение эффективности жевания, стираемость зубов, аномалия прикуса, ухудшение эстетики зубного ряда и лица, нарушение функции речи; возникновение и (или) прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов; возникновение и (или) прогрессирование дисфункции лицевых и жевательных мышц, а также височно-нижнечелюстных суставов; перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения; иные осложнения, которые в итоге могут неблагоприятно повлиять на состояние моего здоровья и ухудшить качество моей жизни

(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

У

подпись

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

У

подпись

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« »

Г.

(дата оформления)