**ПРИМЕРНАЯ ФОРМА ОТКАЗА ОТ ПРОДОЛЖЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ**

Я, **Иванов Иван Иванович**, в соответствии со статьей 20 Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», проинформирован о поставленном мне диагнозе: **К04.7 периапикальный абсцесс без полости**, **корневая киста К.04.8**, а также о том, что мне необходимо выполнить:

|  |  |
| --- | --- |
| **№** | **МЕРОПРИЯТИЯ** |
| 1. | Удаление 46 зуба  |
| 2. | Введение костнозамещающего материала Osteon II в области 46 зуба  |
| 3. | КЛКТ-исследование (5\*5) |
| 4. | Установка дентального имплантата DentiumSuperline в области удаленного 46 зуба  |
| 5. | Установка металокерамической коронки с опорой на имплантат с винтовой фиксацией  |

**Я отказываюсь от предложенного мне плана восстановления стоматологического здоровья, а именно от: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Моим лечащим врачом мне были полностью разъяснены характер и цели предложенного лечения, а именно: создание благоприятных условии для выздоровления и (или) реабилитации пациента за счет внедрения в ткани организма хирургическими методами, а также все возможные альтернативы: удаление 46 зуба без введения костнозамещающего материала.

Мне разъяснены возможные отрицательные последствия отказа от предложенного плана лечения, а именно:

**отказ от предложенного плана лечения способен привести к негативным последствиям для моего здоровья: при отсутствии лечения дефект костной ткани будет увеличиваться и в будущем может привести к недостатку костной ткани на момент установки дентального имплантата. Кроме того, в связи с распространением дефекта костной ткани в процесс могут быть вовлечены стоящие рядом зубы 45 и 47, что в свою очередь может привести к удалению данных зубов. Также возможны осложнения в виде периостита, остеомиелита, флегмоны.**

 Я полностью понимаю все возможные последствия такого отказа, исходящего от меня, если лечение не будет проведено.

Мой отказ от медицинского вмешательства (лечения) является свободным и добровольным, я не испытывал (а) какого-либо давления при принятии решения о нём.

Я прочитал, понял значение всех слов и медицинских терминов в данном документе и отказываюсь от лечения в ООО «СТОМТОМСК»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полностью ФИО пациента)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-(подпись) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-(дата)

Подпись лечащего врача: