



## МЧУ «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «РАМБАМ»

127055, гор. Москва, ул. Образцова, д. 11, стр. 2, стр. 5

Тел.: +7(495) 663 23 55

e-mail: info@rimc-rambam.ru

www.rimc-rambam.ru

Лицензия на осуществление медицинской деятельности  
№ ЛО-77-01-012493 от 14 июня 2016 г.

### Информированное добровольное согласие на отказ от начатого плана лечения

г. Москва

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. пациента)

*Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах  
пациента действует его представитель*

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. представителя пациента)

выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента)

обратился в Медицинское частное учреждение «Медицинский центр «Рамбам» (далее по тексту – Клиника) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года за оказанием мне (представляемому) медицинской помощи в области стоматологии.

Между мной (представляемым) и Клиникой был заключен Договор № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ на оказание платных медицинских услуг (далее по тексту – Договор).

Я ознакомился(лась) и был согласен(на) с Правилами оказания платных медицинских услуг в Медицинское частное учреждение «Медицинский центр «Рамбам».

Мною (представляемым) был пройден первичный план обследования для определения состояния моего (представляемого) здоровья, получены сведения о наличии у меня (представляемого) того или иного заболевания, состояния, установлен медицинский диагноз. Было произведено дальнейшее планирование необходимых медицинских услуг, в связи с чем, был составлен предварительный план лечения. Я получил все необходимые разъяснения по поводу моего (представляемого) диагноза, получил информацию об особенностях лечения заболевания, вероятной длительности лечения, вероятном прогнозе заболевания, возможных неблагоприятных последствиях лечения, связанном с ним риске, об альтернативных методах лечения и об их примерной стоимости.

Данная информация была доведена до моего (представляемого) сведения в доступной форме для возможности принятия мной (представляемым) правильного решения о проведении запланированного лечения и дальнейшего необходимого обследования. Решение было принято мной (представляемым) осознанно и добровольно, об этом свидетельствуют подписанные мною (представляемым) информированные добровольные согласия по установленной Клиникой форме, а также согласованный мной (представляемым) предварительный план лечения, о чем сделана соответствующая запись от \_\_\_\_\_ в моей (представляемого) амбулаторной карте № \_\_\_\_ на стр. 10, 11.

Я (представляемый) приходил в Клинику на запланированные приемы (даты приемов) \_\_\_\_\_ и мне (представляемому) были оказаны медицинские услуги в

соответствии с запланированным планом лечения, описание и результаты которых отражены в моей (представляемого) амбулаторной карте.

**Я осознанно принимаю решение отказаться** от дальнейших оказаний мне (представляемому) медицинских услуг в Медицинское частное учреждение «Медицинский центр «Рамбам» и прервать выполнение начатого плана лечения по причине (при нежелании указывать причину отказа, строка может не заполняться) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Я (представляемый) не имею (имеет) к Клинике каких-либо претензий и требований, связанных прямо или косвенно с исполнением Договора № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г. на оказание платных медицинских услуг.

Я (представляемый) не имею (имеет) к Клинике каких-либо претензий и требований, связанных прямо или косвенно с оказанными мне (представляемому) медицинскими услугами.

Я (представляемый) проинформирован, что вследствие моего отказа от продолжения лечения, Договор № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г. на оказание платных медицинских услуг прекращает свое действие по моей инициативе.

Я (представляемый) проинформирован, что вследствие моего отказа от продолжения лечения, договорные отношения по оказанию платных медицинских услуг прекращаются по моей инициативе.

Я был проинформирован лечащим врачом, что зубочелюстную систему следует воспринимать как единое целое, все части которого тесно взаимосвязаны друг с другом, и заболевание или недостаточность части органов и тканей зубочелюстной системы ведет к патологическому функционированию всей системы в целом. Я понимаю, что отсюда следует невозможность здоровья лишь элемента зубочелюстной системы при отсутствии здоровья системы в целом. Поэтому, отказываясь от комплексного лечения, я осознаю всю тяжесть последствий такого решения и принимаю все возможные негативные последствия.

Я был проинформирован о целесообразности и необходимости продолжить прерванные мной лечебные и диагностические процедуры без относительности выбора медицинской организации, так как негативные последствия такого прерывания начатого плана лечения могут сказаться неблагоприятно на состоянии моего (представляемого) здоровья. Подробная информация о возможных рисках и осложнениях, вызванных несвоевременной остановкой начатого лечения, о правилах и условиях эффективного и безопасного пользования результатами оказанной медицинской услуги, о возможных для меня (представляемого) и других лиц последствиях несоблюдения соответствующих требований была предоставлена мне лечащим врачом в доступной форме в виде информированных добровольных согласий и рекомендаций установленного образца.

Я понимаю, что при затягивании еще далее срока оказания медицинских услуг у медицинской организации, к которой я (представляемый), возможно, обращусь (обратится) в дальнейшем, может не оказаться возможности обеспечить безопасность запланированных медицинских услуг и (или) могут возникнуть медицинские противопоказания для их оказания.

Беседу провел врач \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.)

**Пациент (представитель пациента) отказался от выполнения начатого плана лечения**  
\_\_\_\_\_ (подпись)