**Отказ от плана лечения**

Отказ от плана лечения лучше оформлять отказом от медицинского вмешательства. Данный отказ не содержит разъяснения последствий отказа и не предлагается в случае необходимости оформить новое информированное согласие на медицинское вмешательство.

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (Ф.И.О. пациента)

отказываюсь от предложенного плана лечения

(дальнейшего оказания услуг)

в клинике ООО «Фреш Дентал Клиникс».

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач-стоматолог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_