

## **Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)  
"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)  
"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение процедуры прессопунктуры врачом неврологом, в **Общество с ограниченной ответственностью « Медицинский центр « Риорит»**

Цель процедуры: прессопунктура – это современный комбинированный метод реабилитационных и профилактических мероприятий, направленный на улучшение мышечной функции, снижение болевого синдрома, коррекцию осанки, улучшение лимфотока и кровообращения.

Заболевания позвоночника, к сожалению, стали бичом современного общества. Сидячий образ жизни, неправильная осанка, а также длительные нагрузки могут привести к развитию серьезных патологий, которые значительно снижают качество жизни. Однако, правильно организованные реабилитационные мероприятия способны не только облегчить страдания, но и восстановить функциональность позвоночника, вернув человеку активность и радость движения.

Эффективные реабилитационные мероприятия при заболеваниях позвоночника строятся на комплексном подходе, включающем в себя ряд взаимодополняющих направлений. Важно помнить, что каждый случай индивидуален, и программа реабилитации должна быть разработана с учетом конкретного диагноза, стадии заболевания, возраста и общего состояния пациента.

Основой реабилитационных мероприятий являются -беседа с врачом неврологом ,в ходе которой врач невролог помогает построить правильные движения в зависимости от патологического очага и степени повреждения функций, направленные на укрепление мышечного корсета,улучшение гибкости и подвижности, коррекцию осанки,улучшение кровообращения, направления на массаж,физиотерапевтические процедуры: Различные виды электростимуляции, магнитотерапии, ультразвуковой терапии могут назначаться для снятия воспаления, боли и стимуляции восстановительных процессов.

Психологическая поддержка и обучение

Не менее важным аспектом реабилитации является психологическая поддержка. Заболевания позвоночника часто сопровождаются болью, ограничением активности и страхом перед движением, что может привести к развитию депрессии и тревожности. Врач невролог помогает пациенту справиться с этими негативными эмоциями, выработать позитивный настрой и мотивацию к выздоровлению.

Кроме того, обучение пациента правильным двигательным стереотипам, основам эргономики рабочего места и быта, а также предоставление рекомендаций по модификации образа жизни являются неотъемлемой частью успешной реабилитации. Только комплексный подход, сочетающий физическое восстановление, психологическую поддержку и поведенческую коррекцию, может привести к долгосрочным положительным результатам и полному возвращению к активной жизни.

Противопоказания: Перед проведением процедуры врач невролог проведет сбор анамнеза и осмотр для выявления возможных противопоказаний, к которым могут относиться:

- Открытые раны, свежие ссадины, дерматиты, кожные инфекции в зоне наложения тейпов.
- Аллергические реакции на компоненты тейпов (акрил, клей).
- Онкологические новообразования в зоне наложения тейпов.
- Обострение хронических кожных заболеваний.

Порядок проведения: Врач невролог проводит беседу, выявляет степень функциональных изменений, психологический дискомфорт, состояние мышечного корсета. Врач невролог мягкими движениями проводит процедуру, которая как правило, безболезненна и комфортна.

Возможные риски и осложнения: болезненность в месте проведения методики.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, которую я могу получить бесплатно в установленном порядке и сроки.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками ожидания, условиями оказания и порядком оплаты предоставляемых медицинских услуг.

До заключения Договора я получил(а) информацию о медицинском работнике, отвечающем за предоставление платных медицинских услуг (его профессиональном образовании и квалификации), а также о том, что граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в клинике.

Я предупрежден о временных неудобствах, связанных с оказанием Услуг, и согласен с ними. Мне понятны правовые (ст. 1064 ГК РФ) и медицинские последствия моего решения, специальная терминология.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_  
(ФИО гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(ФИО гражданина, или его законного представителя контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(ФИО медицинского работника)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.