

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 тейпирования врачом травматологом-ортопедом, в **Общество с ограниченной ответственностью « Медицинский центр « Риорит»**

Цель процедуры: Кинезиологическое тейпирование – это современный метод реабилитации и профилактики, направленный на улучшение мышечной функции, снижение болевого синдрома, коррекцию осанки, улучшение лимфотока и кровообращения. Тейпы накладываются на кожу в определенных зонах, следуя линиям мышечных волокон, связок и лимфатических путей, и оказывают постоянное мягкое воздействие.

Преимущества тейпирования:

- Снижение боли и воспаления.
- Улучшение подвижности суставов.
- Поддержка мышц и связок.
- Ускорение процессов восстановления.
- Отсутствие медикаментозного воздействия.

Противопоказания: Перед проведением процедуры врач травматолог ортопед 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 травматолог-ортопед определит необходимый тип тейпов, их количество и технику наложения, исходя из Вашего индивидуального состояния и целей лечения. Процедура, как правило, безболезненна и комфортна.

Возможные риски и осложнения: Хотя кинезиологическое тейпирование считается безопасной процедурой, в редких случаях возможны:

- Раздражение кожи или аллергическая реакция на клей.
- Повреждение кожи при некорректном снятии тейпа.
- Неэффективность метода при неправильной диагностике или технике наложения.

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:

_____	_____	дата «____» _____ 202__ г.
(ФИО гражданина, контактный телефон)	(подпись)	
_____	_____	дата «____» _____ 202__ г.
(ФИО гражданина, или его законного представителя контактный телефон)	(подпись)	
_____	_____	дата «____» _____ 202__ г.
(ФИО медицинского работника)	(подпись)	