

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 согласия законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение физиотерапевтического лечения ультрафонофореза, магнитотерапии, электрофореза, смт _____ в Общество с ограниченной ответственностью « Медицинский центр « Риорит»

Медицинским работником, **медицинской сестрой** _____, в доступной для меня форме мне разъяснено: цели- лечение патологических изменений в исследуемой области по назначению врача специалиста, методы оказания медицинской помощи-мне разъяснено, что физиотерапевтическое лечение представляет собой инструментальный неинвазивный метод лечения, основанный на применении физических методов воздействия с целью уменьшения воспалительных явлений в данной области, улучшения проведения лекарственных препаратов в очаг воспаления. Физиотерапевтическое лечение направлено на восстановление функций организма, купирование болевого синдрома, ускорение регенерации тканей и повышение общего тонуса. Мне разъяснено, что лечение проводится путем перемещения датчика по коже болевой области, либо установке прибора непосредственно над зоной патологии, или прикреплению электродов к коже.

Лечебная процедура чаще проводится лежа, но может проводиться также и сидя. Исследование длится от 10 до 20 минут, курсами от 3 до 10 процедур.

Связанный с лечением риск: Мне разъяснено, что физиотерапевтическое лечение является неинвазивной, безопасной и безболезненной процедурой, возможные риски - временное усиление болевых ощущений, покраснение кожи, ощущение тепла или покалывания в месте воздействия. Тяжелые осложнения крайне редки, но могут включать аллергические реакции на применяемые препараты (при наличии) или обострение сопутствующих заболеваний. О любых нежелательных реакциях необходимо незамедлительно сообщать лечащему врачу.

Мне разъяснено, что абсолютные противопоказания к проведению физиотерапевтического лечения-это-заболевания крови и лимфы, эпилепсия, активная форма туберкулёза, злокачественные новообразования, лихорадка, наличие электрокардиостимулятора, кровотечения, наличие электротравмы, инфекционные заболевания, и др.

Относительными противопоказаниями к физиотерапевтическому лечению являются: гнойное поражение кожных покровов в области проекции патологической области .

Предполагаемые результаты оказания медицинской помощи: Ожидается, что физиотерапевтическое лечение приведет к уменьшению боли, снятию воспаления, улучшению кровообращения, восстановлению подвижности суставов и мышц, а также общему улучшению самочувствия. Степень выраженности и скорость достижения результатов зависят от индивидуальных особенностей организма, характера заболевания и степени его запущенности.

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)