

Приложение N 2 Разработано в соответствии с Приказом МЗСР РФ от 12.11.2021 № 1051н  
**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 фармакопунктуры врачом неврологом, врачом неврологом-рефлексотерапевтом

в **Общество с ограниченной ответственностью « Медицинский центр « Риорит»**. Медицинским работником, **врачом неврологом** \_\_\_\_\_, в доступной для

меня форме мне разъяснены: - цели оказания медицинской помощи: улучшение общего самочувствия пациента, нормализация работы нервной систем методы оказания медицинской помощи: Мне разъяснено, что фармакопунктура представляет собой воздействие с помощью лекарственного препарата на усмотрение врача на точечные участки поверхности тела (точки акупунктуры), в результате которого вызывается местная и общая реакция организма, направленная на восстановление баланса в нервной системе, выработку биологически активных веществ, приводящих к обезболиванию, расслаблению, нормализации двигательных реакций. Как правило, пациент помещается в положении лежа на кушетке, руки вдоль тела, на спине или животе. Количество процедур зависит от состояния пациента, его диагноза, наличия индивидуальной реакции и восприимчивости к вмешательству. Продолжительность одного сеанса также индивидуальна и определяется медицинским работником, врачом, средняя продолжительность фармакопунктуры от 10 до 60 минут. Мне разъяснено, что фармакопунктура может оказываться в следующих условиях: в условиях медицинского учреждения.

Мне разъяснено, что фармакопунктура оказывается с применением лекарственных препаратов, а так же вспомогательных средств-кушетка медицинская, стол, стул врача.

Мне разъяснено, что качественное выполнение фармакопунктуры не требует предварительной подготовки.

Мне разъяснено, что фармакопунктура может осуществляться следующими методами:

внутримышечным, подкожным, внутрикожным введением лекарственного препарата.

Мне разъяснено, что фармакопунктура оказывается без применения анестезии (иное указать) . - связанный с методами риск: Мне разъяснено, что фармакопунктура имеет следующие противопоказания: - абсолютные: острые инфекционные, острые психические, острые сосудистые заболевания, злокачественные опухоли, неопластические образования, кахексия, общее тяжелое состояние, возраст грудной, индивидуальная непереносимость; - относительные: беременность, склонность к кровотечениям, болезни крови, врожденные патологии нервной системы. (иное указать) . Мне разъяснено, что сокрытие от медицинских работников наличия противопоказаний к вмешательству может повлечь наступление нежелательных последствий, осложнений, а также снизить эффект от вмешательства. Мне разъяснено, что фармакопунктура может повлечь возникновение нежелательных осложнений: кашель, озноб, общая слабость, охриплость голоса, диарея, учащенное мочеиспускание, боли в суставах и местах воздействия на поверхность тела, синяки и покраснения, инфицирование места воздействия, гематомы, кровотечения, обморок, головокружение, позывы на рвоту, понижение артериального давления, скованность мышц лица, воспаление хряща ушной раковины. Мне разъяснено, что после оказания фармакопунктуры пациенту рекомендовано отказаться на несколько часов или иное указанное врачом, время -от активных физических упражнений, мытья, посещения бань и сауны-строго следовать указаниям медицинского работника, не расчесывать места воздействия на поверхность тела.

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)