

**Информированное добровольное согласие  
на проведение лечебных процедур или манипуляций  
( в т.ч. физиотерапевтических и функциональных)**

Я, \_\_\_\_\_

Ф.И.О. (полностью) гражданина либо законного представителя гражданина

являясь законным представителем \_\_\_\_\_

Ф.И.О. (полностью) несовершеннолетнего или недееспособного

на основании ФЗ № 323 « Об основах охраны здоровья граждан в РФ», и Закона РФ «О защите прав потребителей», находясь на лечении в ООО «Оптикор», даю согласие на медицинское вмешательство:

- Магнитотерапевтическое лечение \_\_\_\_\_
- Лазерное лечение \_\_\_\_\_
- Электrolечение \_\_\_\_\_
- Ультразвуковое \_\_\_\_\_
- Функциональное \_\_\_\_\_
- Инфразвуковое \_\_\_\_\_
- Волновое (УФО) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

медицинскими работниками врачом-физиотерапевтом Фомичевой Ангелиной Ивановной,  
медицинской сестрой Евграфовой Еленой Евгеньевной

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы проведения физиотерапевтического и функционального лечения, связанные с ними риски, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, мне предложенных.

Я информирован (информирована) о возможности бесплатного получения медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий в муниципальных и государственных учреждениях.

Кроме того, мне разъяснено, что плохая переносимость процедуры пациентом, недостаточно качественная подготовка к исследованию по причине не соблюдения мной предписаний врача или особенности моего организма может стать объективной причиной отказа врача от проведения диагностического или лечебного вмешательства.

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, хронических и инфекционных заболеваниях (в т.ч. ВИЧ, гепатит), о принимаемых лекарственных средствах.

Возможные осложнения: светобоязнь; покраснение; чувство инородного тела; слезотечение; нарушение целостности роговицы; временное снижение зрения; нарушение аккомодации; двоение в глазах; повышение внутриглазного давления; аллергические реакции; побочные реакции со стороны ЦНС у детей.

Я указываю медицинские вмешательства, от которых я отказываюсь при любых обстоятельствах, кроме случаев непосредственной угрозы для моей жизни или повторного согласования со мной: \_\_\_\_\_

(наименование физиотерапевтического лечения)

Я осознаю несовершенство медицинской науки и практики и невозможность в связи с этим гарантировать ожидаемые результаты лечения, что проводимое лечение в т. ч. медицинское вмешательство, не гарантирует полного выздоровления.

Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Я знаю, что строгое соблюдение рекомендаций врача является необходимым условием для успешного физиотерапевтического лечения.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на о лечение в предложенном объеме.

Гражданин (законный представитель)

Врач - физиотерапевт

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

подпись

Дата оформления « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.