

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет или недееспособных граждан

Я, _____

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, бабушка, дедушка) ребенка или недееспособного гражданина

(Ф.И.О. полностью)

В соответствии с требованиями ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ, даю **информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:**

- Я в полной мере информирован(-а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства, мне разъяснена его ценность. Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и **я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.**
- Я получил(-а) подробные объяснения по поводу заболевания, осведомлен (-а) об альтернативных методах лечения, мне разъяснены особенности указанного медицинского вмешательства и вероятные осложнения, которые могут возникнуть во время или после указанного медицинского вмешательства и их последствия: аллергические реакции вплоть до анафилактического шока, манипуляционные осложнения, побочное действие применяемых средств.
- Я обязуюсь исчерпывающим образом информировать (в том числе до начала медицинского вмешательства) лечащего врача и иных уполномоченных должностных лиц ООО «Аксон +» обо всех проблемах с моим здоровьем (здоровьем представляемого)
- Я уполномочиваю врачей выполнять любую из выше и нижеуказанных (в том числе неоднократно) и/или выполнять дополнительные вмешательства, которые могут потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

В соответствии с приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. № 390н я также даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств:

1. Опрос, сбор анамнеза, выявление жалоб.
 2. Осмотр, в т.ч. пальпация, перкуссия, аускультация, риноотоскопия, фарингоскопия, антропометрия.
 3. Термометрия.
 4. Тонометрия.
 5. Неинвазивные исследования органа зрения.
 6. Исследование функций нервной системы.
 7. Дерматоскопия.
 8. Лабораторные методы обследования (клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические), в т.ч. забор крови и мазков, дуоденальное зондирование.
 9. Функциональные методы обследования (электрокардиография, спирография, эхокардиограмма).
 10. Ультразвуковые исследования.
 11. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в т.ч. внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикжно, ингаляции.
 12. Физиотерапевтическое лечение.
 13. Озонотерапия (в/в кап, подкожно, подковожно, пластиковая камера).
 14. Медицинский массаж, в т.ч. краниосакральная терапия.
 15. Гирудотерапия.
 16. Водолечение, грязелечение.
 17. Кинезиотейпирование.
 18. Хирургические манипуляции, в т.ч. паравертебральная блокада, внутрисуставное введение лекарственных средств, радиоволновая хирургия.
- Я ознакомился (-ась) со всеми пунктами настоящего документа, получила необходимые пояснения и имел(-а) достаточно времени на принятие решения о добровольном согласии на предложенное мне обследование и лечение. Я понял (-а) суть настоящего документа и согласен(на) с ним.

Подпись, фамилия и инициалы пациента (представителя): _____ / _____

Беседу провел врач: _____

Дата « _____ » _____ 20 ____ г.