

Медицинская клиника

ООО «_____»

Информированное добровольное согласие на физиотерапевтическое лечение

Я, _____, _____ лет,

(Ф.И.О. пациента/законного представителя)

даю добровольное согласие на манипуляцию (процедуру) (нужное подчеркнуть) мне (представляемому):

_____ (Ф.И.О. ребенка до 15 лет, недееспособного)

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) физиотерапевтического лечения:

- Электролечение: _____,
- Магнитотерапию: _____,
- Лазерное лечение: _____,
- Другое: _____.

На проведение мне (представляемому мной) медицинского вмешательства, уполномочиваю _____.

(Ф.И.О., должность медицинского сотрудника)

Я понимаю цель проведения физиотерапевтического лечения и мне разъяснены особенности его проведения. Я предупрежден (а) об общих противопоказаниях к физиотерапевтическому лечению, о возможных побочных осложнениях, обусловленных биологическими особенностями организма, о последствиях и связанных с ними рисками, включая не зависящие от соблюдения применяемой технологии (т. е. о непреднамеренном причинении вреда здоровью): покраснение глаз, слезотечение, нестабильность АД, головные боли, при наличии судорожной готовности – ухудшение неврологических показателей.

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 невозможность гарантировать мне ожидаемые результаты после проведения физиотерапевтических процедур. 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 удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

“___” ____ 20 ____ г.

____ / ____ /
(Подпись пациента или его законного представителя)

____ / ____ /
(Подпись врача Ф.И.О.)