

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:

- Электrolечение: _____,
- 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 рисках, 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.)