

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

Я _____

(фамилия, имя, отчество – полностью)

Паспорт: _____, выдан _____

Этот раздел бланка заполняется только законным представителем лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

являюсь законным представителем (родитель, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

информирован(а) о своем (представляемом) основном и сопутствующих заболеваниях, вариантах их течения и прогнозе.

Я информирован(а) о взаимном влиянии патологических процессов, прогнозе для здоровья и жизни, и вероятном изменении качества жизни в случае отказа от предлагаемого медицинского вмешательства либо комплекса лечения.

Я информирован(а) о возможных вариантах обследования, лечения, реабилитации (далее медицинского вмешательства) основного заболевания с учетом мировой практики; Я информирован(а) о возможных вариантах медицинских вмешательств, применимых в условиях конкретного медицинского учреждения, с учетом материально - технической базы и медикаментозного обеспечения, а также квалификации работающих специалистов и наличия разрешительных документов; Я информирован(а) о сути, этапах проведения предлагаемого медицинского вмешательства и срочности показанного медицинского вмешательства; Я информирован(а) о целях и методах лечебной физкультуры, связанном с ними риске, о возможных вариантах медицинских вмешательств с учетом сопутствующих заболеваний и возрастных изменений моего организма, а также о предполагаемых результатах при занятиях лечебной физкультуры.

Я информирован(а) о показаниях к применению предлагаемого медицинского вмешательства как оптимального для меня (представляемого) в реальных условиях; Я информирован(а) о характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности появления реакций мышечной адаптации и физиологического обострения, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их появления; Я информирован(а) о том, что мне (представляемому) необходимо, для достижения положительного результата в лечении, регулярно заниматься лечебной физкультурой по программе, назначенной лечащим врачом, о необходимости немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств; Я информирован(а) об ожидаемом эффекте от медицинского вмешательства, возможном отсутствии положительного эффекта или ухудшении состояния и вероятном изменении качества жизни.

Я информирован(а) о своей ответственности за предоставление неполной, искаженной или ложной информации о своем состоянии, реакциях организма, перенесенных заболеваниях, травмах и других фактах, способных повлиять на результаты выполнения медицинского вмешательства; Я информирован(а), что отказ от занятий лечебной физкультурой, несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска медицинского вмешательства и врач дал мне понятные, исчерпывающие ответы. Я информирован(а), что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право отказаться от медицинского вмешательства.

Я даю добровольное согласие **на проведение мне (представляемому) терапии в виде: Лечебной физкультуры с использованием тренажерного оборудования.**

Подпись пациента (или его законного представителя):

(фамилия, инициалы, подпись)