

## Информированное добровольное согласие

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

Общество с ограниченной ответственностью «Международная Клиника Интегральной Медицины»

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_

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

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, 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, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”.

Мне разъяснена информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, а также возможные осложнения, включая:

1. возможное обострение основного заболевания после 1-5 сеансов проводимого лечения;
2. возможное обострение сопутствующих заболеваний;
3. проявление сосудистой реакции во время и после проведения лечения (в том числе повышение/понижение артериального давления);
4. мышечная боль, дискомфорт, общая слабость;
5. единичные и множественные гематомы;
6. повышение температуры тела;
7. аллергические реакции;
8. подтекание крови до 48 часов (после проведения гирудотерапии, кровопускания);
9. чувство онемения в конечностях
10. изменения уровня сахара крови

Настоящим я даю согласие на выполнение мне (представляемому) следующих медицинских вмешательств (подчеркнуть или дополнить необходимое):

1. Прием (осмотр, консультация) врача
2. Сеанс рефлексотерапии, включая
  - Корпоральная иглорефлексотерапия, микроиглорефлексотерапия (су-джок), аурикулярная рефлексотерапия (микроиглы)
  - Магниторефлексотерапия
  - Вакуумное воздействие
  - Термовоздействие (прогревание сигары, моксы, стоун)
  - Мануальная терапия (остеопатия, кинезиология)
  - Постановка пиявок (гирудотерапия)
  - Инъекционная (лекарственная) рефлексотерапия (фармакопунктура)
  - Точечный массаж
  - Скребокковый массаж (гуа-ша)
  - Кровопускания
  - Электроакупунктура
  - Динамическая электронейростимуляция (ДЭНС)
3. Лечебный массаж

4. Иное: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Я информирован (информирована), что в ходе выполнения указанных выше медицинских вмешательств может возникнуть необходимость выполнения другого исследования, или изменение объема медицинского вмешательства или оперативной помощи, не указанные в п. 2, и даю согласие на их проведение для улучшения моего (представляемого) здоровья.

Я предупрежден(на) о негативных последствиях, которые могут наступить в результате:

- сокрытия информации об имеющихся заболеваниях, принимаемых препаратах, проведенных операциях, и прочей информации о состоянии здоровья и образе жизни,
- несоблюдения режима лечения, рекомендаций медицинских работников
- несоблюдение графика наблюдения у лечащего врача, плана лечения
- досрочного самостоятельного прерывания лечения, отказа от лечения

Я оставляю за собой право отказаться от медицинского вмешательства или требовать его прекращения, согласно действующему законодательству (ч. 4 ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

“ ” г.

\_\_\_\_\_  
(дата оформления)

“ ” 20\_\_ г. Подпись пациента/законного представителя

X

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_

(подпись)

X

(Должность, И.О. Фамилия)