

Бесплатное приложение для пациентов

- ♦ Все записи к врачу в одном месте
- ♦ Безопасная электронная медкарта
- ♦ Защищенный канал передачи документов
- ♦ Удобная онлайн-запись



ООО "Медичел"

Информированное добровольное согласие на проведение магнитотерапии

Я, Иванов Иван Иванович, 1980 года рождения, паспорт серия 0000 номер 000000, выданного «1» января 2020, именуемый в дальнейшем Потребитель, на основании ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», и Закона РФ «О защите прав потребителей», находясь на лечении в ООО "Медичел" по адресу ул. Российская, д.21, даю согласие на медицинское вмешательство - Магнитотерапевтическое лечение.

Цель оказания медицинской помощи: ускорение процессов заживления и регенерации тканей, снижение воспалений и болевого синдрома, спазмов, увеличение подвижности, восстановление мышечных, костных, нервных и хрящевых структур.

Метод: При проведении процедуры индукторы устанавливают дистантно в проекции патологического очага или в сегментарных зонах, формируя параметрическую идентичность и генерируя параметры магнитного поля в них. Такое воздействие вызывает физико-химические изменения в тканях, активизирует биофизические процессы, запускает лечебные эффекты: противовоспалительный (дренирующий – дегидратирующий); лимфодренажный; актопротекторный трофостимулирующий сосудорасширяющий репаративно-регенеративный.

Результат оказания медицинской помощи: ускорение заживления переломов; снятие болевого синдрома; расслабление мышц; повышение двигательной активности; расширение кровеносных сосудов.

Я знаю о наличии у меня повышенной чувствительности, аллергии к следующим медицинским препаратам: _____

В настоящее время я принимаю следующие лекарственные средства: _____

Я понимаю, что сокрытие информации о состоянии моего/пациента здоровья может способствовать развитию осложнений.

Врач сообщил мне что, **противопоказаниями** для проведения данного исследования являются: выраженная артериальная гипер- и гипотензия; системные заболевания крови; склонность к кровотечениям; тромбофлебит; тромбоз эмболическая болезнь; переломы костей до иммобилизации; диффузный токсический зоб III ст.; острые гнойные воспалительные процессы; прохождение курсов агрессивного лечения (например: полихимиотерапия); наличие доброкачественных новообразований в зоне воздействия физиотерапии. онкологические заболевания; желчекаменная болезнь; эпилепсия; наличие имплантированного кардиостимулятора; лихорадочные состояния; беременность.

Я предупрежден/на о том, что перед процедурой и во время её проведения, а также в последующие визиты мне необходимо своевременно и достоверно сообщать медицинскому персоналу об изменении состояния моего здоровья.

Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Понимаю, что во время проведения магнитотерапии или после могут появляться непредвиденные ранее неблагоприятные обстоятельства. Проявления побочных эффектов при проведении магнитотерапии наблюдаются крайне редко. Во время или после процедуры могут возникнуть: повышение/понижение артериального давления, пульса (редко); головокружения, синкопальные состояния (редко); гематомы в области воздействия (редко); нарушения менструального цикла (редко и временно); покалывание, онемение в области проведения процедуры (редко); болезненные ощущения в области проведения процедуры

(редко).

Я информирован (а), что в случае возникновения каких-либо проблем, связанных с процедурой, мне следует сразу обратиться за медицинской помощью и получить консультацию лечащего врача.

Мне разъяснены состояние моего/пациента здоровья и характер медицинского вмешательства. Содержание указанных выше медицинских действий, связанный с ними риск, возможные осложнения и последствия мне известны. Я хорошо понял (а) все разъяснения врача.

Я информирован(а) о том, что могу отказаться от медицинского вмешательства. Мне разъяснены возможные последствия, связанные с отказом от необходимого медицинского вмешательства, а именно: сохранение болевого, мышечно-тонического синдрома, сохранение симптомов заболевания.

Я подтверждаю, что мне была предоставлена возможность обсудить с лечащим врачом все интересующие меня и непонятные мне вопросы.

Настоящим я уполномочиваю медицинский персонал ООО "Медичел" провести мне медицинское вмешательство – магнитотерапию.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 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):

телефон № _____

дата " ____ " _____ 202_г. _____Иванов

Медицинский работник _____