

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 массажа

Я, Иванов Иван Иванович, 1980г.р., паспорт серия 0000 номер 000000, выданный ГУ УУ РФ «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 - проведение медицинского массажа.

Массаж используют в традиционной медицине в качестве дополнения к основным методам воздействия на организм пациента. Процедуру медицинского массажа может назначить только врач в комплексной терапии для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата, неврологических заболеваний, связанных с болями в спине и суставах. Медицинский массаж, как правило, назначается курсом из нескольких сеансов для получения стойкого результата.

Цель проведения массажа: улучшение кровообращения и лимфоотока; снятие боли и мышечного напряжения; стимуляция регенерации тканей; улучшение функционирования внутренних органов; профилактика заболеваний и состояний; релаксация и общее улучшение состояния:

В настоящее время я принимаю следующие лекарственные средства: _____

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

Врач сообщил мне что, **противопоказаниями** для проведения данного исследования являются: Острые воспалительные процессы и инфекции; лихорадка, общее недомогание; тромбоз и тромбофлебит; злокачественные опухоли; поражения кожи (экзема, псориаз, гнойничковые заболевания); активные формы туберкулеза; серьезные нарушения работы сердца или кардиальная недостаточность; острые психические расстройства; первый триместр беременности (и некоторые состояния во время поздних стадий беременности); недавно перенесенные операции; острое повреждение суставов или свежие переломы; гипертонический криз или острые нарушения кровообращения мозга.

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 массажа или после могут появляться непредвиденные ранее неблагоприятные обстоятельства.

Проявление побочных эффектов после процедуры, возможно появление сонливости, головокружения, побледнение или покраснение кожных покровов.

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 – проведение медицинского массажа.

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 № _____

" ____ " _____ 202__ г.

Потребитель : _____ Иванов И.И.

Врач: _____

ОБРАЗЕЦ