

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина)

“ _____ ”

г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес регистрации и места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинского вмешательства в отношении меня и/или _____ лица, законным представителем которого я являюсь

_____ (Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

: опрос, изучение медицинских документов, осмотр для подбора необходимых протезно-ортопедических изделий и иных коррекционных изделий, для изготовления индивидуальных ортопедических стелек, компьютерная педобарография (в статике и в динамике) с оценкой плантограммы, исследование состояния стоп на аппаратно - программном комплексе (полномасштабный график), компьютерная оптическая топография деформации позвоночника в трех плоскостях, компьютерная педобарография в статике, мануальная терапия с применением остеопатических техник в процессе получения медицинской помощи в Ортопедическом центре «Юлианна» (ООО «Юлианна Мед»).

Медицинским работником _____ 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.

Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение _____ лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 3 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь:

_____ (Ф.И.О. контактный телефон)

я подтверждаю свое согласие

-на сопровождение моего ребенка при посещении Ортопедического центра «Юлианна» для проведения ему всех вышеуказанных видов медицинского вмешательства следующими лицами (со всеми правами и обязанностями, которые предоставлены законному представителю несовершеннолетнего:

_____ (Ф.И.О. гражданина)

- на самостоятельное посещение моим ребенком Ортопедического центра «Юлианна» и приобретение товаров и услуг

Дата _____

Подпись пациента _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____