

**Информированное добровольное согласие на физиотерапевтическое лечение**

Я, , лет, подписывая данный документ,

(Ф,И,О, пациента/законного представителя)

даю добровольное согласие на манипуляцию (процедуру) (нужное подчеркнуть) мне (представляемому): (Ф.И.О. ребенка до 15 лет, недееспособного)

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) физиотерапевтического лечения:

* Электролечение
* Магнитотерапевтическое лечение
* Лазерное лечение

(название метода)

На проведение мне (представляемому мной) медицинского вмешательства, уполномочиваю (Ф.И.О., должность медицинского сотрудника).

Я понимаю цель проведения физиотерапевтического лечения и предупрежден(а), методы лечения, информирован(а) об альтернативной возможности получения медицинской помощи за счет государственных средств, об общих противопоказаниях к физиотерапевтическому лечению, о возможных побочных осложнениях, обусловленных биологическими особенностями организма, о последствиях и связанных с ними рисками, включая не зависящие от соблюдения применяемой технологии (т. е. о непреднамеренном причинении вреда здоровью): покраснение глаз, слезотечение, нестабильность АД, головные боли, при наличии судорожной готовности – ухудшение неврологических показателей.

Я осознаю несовершенство медицинской науки и практики и невозможность в связи с этим гарантировать ожидаемые результаты лечения, что проводимое мне лечение (лечение представляемому мной), в т. ч. медицинское вмешательство, не гарантирует полного выздоровления. Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Я знаю, что строгое соблюдение рекомендаций врача является необходимым условием для успешного физиотерапевтического лечения.

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

“ ” 20 г. / /

(Подпись пациента или его законного представителя)

Подпись врача

(Фамилия, И.О.)