

Информированное добровольное согласие на медицинскую услугу «Медицинский массаж»

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 19, 20, 22 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011г. №323-ФЗ

Коды услуг:	A21.01.001 «Медицинский массаж»
--------------------	---------------------------------

Я, _____ (Ф.И.О.)
« ____ » _____ года рождения, зарегистрированный(-ая) по адресу: _____

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. N 390н (опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; функциональные методы обследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно), а также в соответствии со ст.ст. 19, 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» от 21.11.2011г. №323-ФЗ, для получения первичной медико-санитарной помощи, а также на оказание медицинской услуги «**Медицинский массаж**» в ООО «Клиника ОНА-Эстетик», предложенное мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь(ненужное зачеркнуть)

_____ (Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого выступает законный представитель)
настоящим выражаю свое добровольное согласие на оказание мне медицинских услуг, в соответствии с договором № _____ от _____ в ООО «Клиника «ОНА-Эстетик». Я не возражаю против кандидатур врачей и иных специалистов, которые будут оказывать мне медицинскую помощь.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской услуги, связанные с ней риски, возможные варианты медицинской услуги, ее последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской услуги. 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. N 323-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. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья

_____ (Ф.И.О. контактный телефон)

Я добровольно прошу специалиста по медицинскому массажу провести процедуру «**Медицинский массаж**».

Мне понятна суть и характер указанной выше процедуры.

Мне разъяснено, что имеются противопоказания к вмешательству:

- Злокачественные болезни крови и гемофилия.
- Злокачественные новообразования.
- Тромбоз сосудов в период его возникновения.
- Ангиит.
- Аневризма сердца, аорты, периферических сосудов.
- Психические заболевания со значительно измененной психикой.
- Активная форма туберкулеза.
- Венерические заболевания в период возможности заражения.
- Остеомиелит (воспаление костного мозга) острый и хронический.
- Каузалгический синдром (боли в виде жжения) после травмы периферических нервов.
- Недостаточность кровообращения и легочно-сердечная недостаточность III степени.
- СПИД.
- Острые лихорадочные состояния с повышенной температурой тела до выяснения диагноза. Грипп, ангина, острые респираторные заболевания (ОРЗ).
- Кровотечения и склонность к ним (кишечные, маточные, носовые, из мочевых путей).
- Гнойные процессы любой локализации, гнойничковые поражения кожи.

- Воспаление лимфатических узлов, сосудов с их увеличением, спаянностью с кожей и подлежащими тканями.
- Множественные аллергические высыпания на коже с кровоизлияниями. Отек Квинке.
- Криз гипертонический, гипотонический, церебральный (мозговых сосудов).
- Тошнота, рвота, боли в животе.
- Состояние алкогольного/наркотического опьянения.

Мне разъяснено, что при не предоставлении медицинскому работнику информации о наличии противопоказаний и их скрытом течении возможно развитие осложнений данных заболеваний и ожидаемый эффект вмешательства не будет достигнут. Мне разъяснено, что несоблюдение рекомендаций и указаний медицинского работника может повлечь снижение качества оказанной услуги, повышает риск развития осложнений.

Я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь, возможные противопоказания могут повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, лечебным, диагностическим процедурам, что может потребовать от меня денежных и временных затрат, возможного освобождения от работы. ООО «Клиника ОНА-Эстетик» не несет ответственности в случае возникновения осложнений, если я не сообщил(а) или не знал(а) о своих противопоказаниях, но дала свое согласие на процедуру.

Я обязуюсь выполнять рекомендации специалиста по медицинскому массажу.

Мне разъяснена информация о возможных реакциях во время и после процедуры.

Мне была предоставлена возможность задать любые вопросы относительно запланированной процедуры, альтернативных форм лечения и риска и опасности для здоровья, связанных с проведением предстоящей процедуры. Мне достаточно полученной информации, чтобы дать данное информированное и осознанное согласие на проведение процедуры «**Медицинский массаж**».

Я даю согласие на съемку до и/или после процедуры, понимая, что все снятые материалы останутся собственностью ООО «Клиника ОНА-Эстетик» и необходимы для отслеживания результатов процедур, а также при решении спорных вопросов в судебном порядке.

Я ознакомлен(а) в доступной для меня форме с содержанием прав и обязанностей пациента, предусмотренных ст. ст. 13, 18-20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011г. №323-ФЗ; ст. 41 Конституции РФ; прав потребителя, гарантированных ст. ст. 7-10, 27, 36 законом РФ «О защите прав потребителей» от 07.02.1992г. №2300-1.

Я подтверждаю, что данный документ был мной прочитан и мне разъяснен, и его содержание мне понятно.

Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное** согласие на проведение медицинского вмешательства.

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись)

(Ф.И.О. пациента)

« ____ » _____ 202__ г.