

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**Я, <Фамилия> <Имя> <Отчество> пациента**

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ООО «Академия движения» в рамках письменного договора №<Номер> от <Дата>

(далее- Договор) на

Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза в том числе в виде анкеты или опросника

- Осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию.

- Антропометрические исследования

- Термометрию, -Тонометрию

- Проведение пробы с физической нагрузкой

- Исследования функций нервной системы(чувствительной и двигательной сферы)

- Функциональные методы исследования, в т.ч. велоэргометрию, спироэргометрию, суточное мониторирование АД, спирографию, электромиографию, плантографию.

По назначению врача:

- Физиотерапевтическое лечение

- Медицинский массаж

- Лечебную физкультуру

- Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, внутрисуставно, подкожно.

Согласен на получение информации о своем здоровье.

Подтверждаю, что я ознакомлен(а) с характером предстоящего мне обследования и лечения.

Я информирован об обязанности поставить 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, в т.ч. носительстве ВИЧ- инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, физических нагрузок во время тренировок и соревнований, принимаемых лекарственных средствах. Сообщить правдивые сведения о наследственности, а так же об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Я проинформирован, что сообщение недостоверных персональных данных (без предоставления удостоверения личности(паспорта), в том числе о состоянии здоровья, может повлечь снижение качества медицинских услуг, а также невозможность предоставления информации в виде выписок из медицинской документации о состоянии здоровья, охраняемого врачебной тайной.

Мне была предоставлена возможность задать вопросы о необходимости проведения диагностических и лечебных вмешательств и мне даны понятные исчерпывающие ответы.

<Дата> Подпись пациента 

ВРАЧ Расписался в моем присутствии

ИНФОРМАЦИЮ О СВОЕМ ЗДОРОВЬЕ(НЕ)ДОВЕРЯЮ

степень родства, ФИО доверяемого, телефон доверяемого _____

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА _____ 