



Приложение №2.16

к Договору об оказании платных

медицинских услуг № _____ от « » _____ 202 г.

ООО «МДЦ», ИНН/КПП 5321205295/532101001,

ОГРН 1215300000332

Юридический адрес: 173000, Новгородская обл., г. Великий Новгород, ул. Дворцовая, д.15, офис 1
р/с 40702810102230001329 в Ф-Л СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ПАО БАНК "ФК ОТКРЫТИЕ"

Информированное добровольное согласие на процедуру ударно-волновой терапии

Я, _____, год рождения _____,
(Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина, год рождения — полностью)
проживающий /ая по адресу _____.

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, _____

(ФИО и дата рождения законного представителя),

паспорт (серия, номер): _____ выдан: _____

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

в отношении _____

(Фамилия, Имя Отчество (при наличии) пациента, дата рождения пациента)

проживающего по адресу: _____

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю согласие на оказание медицинской помощи в ООО «МДЦ».

Я получил разъяснения по поводу заболевания (МКБ 10) _____.

(указать заболевание)

Я получил информацию об особенностях течения моего заболевания, длительности лечения, исходах лечения, прогнозе моего заболевания, обстоятельствах, ухудшающих прогноз заболевания.

Я получил разъяснения о необходимости назначенного метода лечения.

Я информирован(а) о том, что процедура ударно волновой терапии(далее УВТ)- методика лечения с применением акустических ударных волн в спектре инфразвука(ниже 16-25 Гц),которые обладают высокими амплитудами энергии и малой длительностью импульса. Действие ударных волн основано на эффекте кавитации, развивающемся на границе раздела сред. Ударная волна не задерживаясь распространяется в мягких тканях ,не повреждая их, оказывает непосредственное воздействие на костную и хрящевую ткани, кальцификаты, оссификаты и иные акустически плотные образования, восстанавливают естественный обмен веществ, запускают процессы восстановления обновления клеток, улучшают метаболические процессы в тканях.

Я информирован(а) о противопоказаниях к УВТ терапии:

АБСОЛЮТНЫЕ :

*беременность;

*онкологические заболевания;

* наличие у пациента водителя ритма сердца;

*состояния связанные с нарушением свёртывающей системы крови и повышенной ломкостью сосудистой стенки(втч., флебит, тромбофлебит, гемофилия);

*зоны роста(метафизы) костей(длительное воздействие на область);

*области тесно граничащие с рёбрами(лёгочная ткань), области черепа(за исключением височно-нижнечелюстного сустава и триггерных точек затылочных мышц), кишечником, магистральными (крупными) сосудами;

*Острые почечная или печёночная недостаточности;

*Острые воспалительные заболевания в области манипуляции, а так же ОРВИ;

*Сердечная недостаточность в фазе декомпенсации;

*Некомпенсированный сахарный диабет

*Некомпенсированная гипертоническая болезнь

ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ

*Сердечная/ почечная/ печёночная недостаточность

*Возраст до 18 лет

Мне разъяснено, что кожа области воздействия должна быть чистой.

Мне понятно, что для проведения процедуры необходимо снять одежду, снять все украшения в пределах, необходимых для проведения УВТ.

Я информирован(а), что процедура УВТ проводится с применением смазывающих веществ, способствующих скольжению, прохождению ударной волны, тем самым предохраняя ее от излишнего раздражения и травматизации.

Я информирован(а) о том, что нечасто (у 5-7% пациентов) в области проведения УВТ после завершения процедуры могут наблюдаться местные обратимые явления такие как гиперемия (покраснения); в случае хрупкости стенок кровеносных сосудов возможно появление небольших подкожных кровоизлияний; умеренная болезненность мышц после первых процедур.

Общие реакции: сонливость или, напротив, возбуждение после первых процедур; возможно усиление деятельности выделительных систем в течение всего курса массажа и после его окончания; ощущение головокружения, обострение заболевания в области проведения процедуры.

Мне в доступной форме 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.

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. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я поставлен(а) в известность, что целью медицинского вмешательства является получение благоприятного результата лечения, предотвращение неблагоприятных последствий, осложнений заболевания.

- Мне разъяснены основные этапы и ход медицинского вмешательства, и я не имею по этому поводу вопросов к медперсоналу. Согласен на проведение обследования в установленном объёме. Я сообщил сведения о наличии у меня сопутствующих заболеваний, болезнях и операциях, перенесённых ранее.

Мне известно, что сам по себе факт выполнения медицинского вмешательства не приводит к выздоровлению автоматически. Понимаю, что для достижения необходимого результата, кроме медицинского вмешательства, потребуется длительное высококвалифицированное лечение. Я понимаю, что медицинское вмешательство проводится на повреждённых при травме или поражённых заболеванием тканях моего организма, способность которых к заживлению понижена мне известно, что 100% гарантии хороших результатов как медицинского вмешательства, так и лечения в целом дано быть не может.

Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Понимаю, что во время медицинского вмешательства, так и после него могут появиться не предвиденные ранее неблагоприятные явления или осложнения. При этом врачи могут быть поставлены перед необходимостью значительно изменить доведённый до моего сведения план лечения. Может потребоваться дополнительное медицинское вмешательство, возможно увеличение сроков лечения. При хирургическом лечении не исключены болевые ощущения во время некоторых манипуляций.

До моего сведения доведено, что планируемое медицинское вмешательство не связано с устранением непосредственной угрозы для моей жизни, поэтому потребность в нём не является абсолютной. Однако мне понятно, что длительное откладывание или отказ от медицинского вмешательства приведут к стойким и, возможно, неустраняемым нарушениям структуры и функции повреждённых органов и тканей, конечностей или отделов, что в итоге неблагоприятно повлияет на моё здоровье или ухудшит качество жизни.

Я осведомлён(а), что медицинские вмешательства, включённые в Перечень, могут быть получены мною в рамках обязательного медицинского страхования в государственных структурах здравоохранения, согласно ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 07.03.2018) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Я получил(а) информацию о необходимости оплаты манипуляции, в том числе в случаях расхождения между видами манипуляций, указанных в направлении лечащего врача, в списке услуг, оплачиваемых медицинской страховой компанией и теми исследованиями, которые я считаю лично необходимым провести.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №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), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Я удостоверяю, что текст мною прочитан. Я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, я имел(а) возможность задать вопросы и получил(а) на них ответы, полученные объяснения меня удовлетворяют.

Я, _____, даю согласие на

(Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина)

проведение мне процедуры УВТ _____

(указать область проведения УВТ)

Пациент (его законный представитель) _____

Специалист по УВТ

«__» _____ 20__ г.

Подпись

Фамилия Имя Отчество

Подпись

Фамилия Имя Отчество