Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство

г. Екатеринбург «__»_____20 г.

Я, пациент_____, в рамках договора об оказании
(Фамилия, Имя, Отчество)
платных медицинских услуг проинформирован врачом _____ о состоянии _____ и проинформирован о необходимости проведения
моего здоровья
остеопатического лечения, понимаю цель данного лечения.

Мне разъяснена суть метода «Остеопатия»: воздействие посредством рук на кости, суставы, мышцы и связки, направленное на обеспечение нормального состояния позвоночника и соответствующее функционирование нервных окончаний и кровеносных сосудов.

Я получил(а) от врача _____ полную информацию о возможностях и условиях предоставления мне услуги остеопатического лечения в ООО «Армаком-Урал».

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов, я должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врача. Я проинформирован(а) о существующих возможностях помощи после завершения остеопатического лечения.

Мне известно, что принципы остеопатического лечения не рекомендуется применять при некоторых органических и психических заболеваниях, перешедших в хроническую стадию. Среди них:

1. патологическая ломкость костей;
2. инфекционные болезни в стадии обострения;
3. послеоперационные периоды; спинальные инсульты;
4. состояния крайнего физического истощения;
5. онкологические заболевания и психические расстройства в активной стадии.

Мне так же разъяснено, что даже при указанных заболеваниях лечение мануальной терапией по методу «Остеопатия» возможно, однако должно быть максимально скорректировано с учетом индивидуального состояния больного.

Я проинформирован(а) о возможных, но необязательных побочных явлениях проводимого лечения, а так же о возможности наличия болевого синдрома во время и после проведения процедур, что не является показателем некачественно оказанных услуг.

Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат. Я согласен (на) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения осложнений, обусловленных несоблюдением рекомендаций врача, биологическими особенностями организма. В случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований ООО «Армаком-Урал» не несет ответственности за возникновение осложнений.

Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания(проблемы) могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях и подтверждаю свое согласие на получение данной медицинской услуги в Медицинском центре «Остеопатическая клиника доктора Артемова».

Настоящее согласие мною прочитано, мне понятно назначение данного документа. Полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Сознавая выше изложенное, я даю согласие на необходимое медицинское вмешательство при оказании услуг в Медицинском центре «Остеопатическая клиника доктора Артемова».

Пациент _____
(Подпись пациента либо его доверенного лица)

Врач_____
(Подпись врача)