

**Информированное добровольное согласие на медицинское
вмешательство
(физиотерапия)**

В соответствии со статьями 18, 19, 20, 22 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, _____

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

"__" ____ г. рождения, зарегистрированный (ая) по адресу

(дата рождения гражданина)

_____ (адрес регистрации гражданина)

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

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

Я (ФИО) _____,

паспорт _____ Выдан _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) в отношении

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

"__" ____ г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: **аппаратная физиотерапия , водолечение , теплолечение , спелеотерапия , ингаляционная терапия (нужно подчеркнуть) , другие виды :**

в БУ ХМАО – Югры «Лангепасская городская больница»

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания данного вида медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты проведения указанного медицинского вмешательства, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинского вмешательства.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Мне разъяснен в доступной для меня форме порядок подготовки к данному виду медицинского вмешательства, порядок соблюдения медицинских рекомендаций в период проведения и по окончании проведения медицинского вмешательства, и я предупрежден о возможных последствиях для моего здоровья при несоблюдении поименованных порядков при проведении данного вида медицинского вмешательства. Мне разъяснены также последствия отказа от данного вида медицинского вмешательства : затяжное течение заболевания, _____

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии, в том числе после смерти:

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

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" _____ " _____ г.
(дата оформления)