

## Информированное добровольное согласие на консультацию врача мануального терапевта ООО «Мануал Плюс»

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество пациента)  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, полных лет \_\_\_\_\_  
(дата рождения пациента)  
зарегистрированн \_\_\_\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_  
проживающ \_\_\_\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_

даю информированное добровольное согласие/отказ в отношении меня на проведение консультации врачом мануальным терапевтом в ООО «Мануал Плюс» (юр. адрес: Иркутская обл., г. Шелехов, 1 микрорайон, д.14, кв.73, ОГРН 1143850023800, ИНН 3810338107 (далее – ООО Мануал Плюс)) в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 28 апреля 2022 г. N 292н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "мануальная терапия", включающую:

- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
- осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация;
- антропометрические исследования;
- термометрию;
- тонометрию;

в целях обследования, выявления заболевания, определения тактики лечения (медицинского вмешательства) врачом (специалистом) ООО «Мануал Плюс»

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., специализация врача)

Я согласен/согласна на получение и оплату консультации врача-мануального терапевта \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. врача)

выбранного по моему личному желанию.

При оказании услуги врач не может гарантировать тот или иной результат, однако ООО «Мануал Плюс» гарантирует оказание услуги врачом (специалистом), имеющим соответствующую квалификацию, лицензию, с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Обязуюсь приходить на все посещения, согласованные с врачом, для оказания качественной медицинской услуги.

Я понимаю необходимость контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время, согласованное с врачом и записанное в медицинской карте.

Я отдаю себе отчёт, что возможные осложнения после получения медицинской услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

Дополнительных условий мной не выдвигается.

Вся информация была разъяснена до оказания медицинской услуги.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них, внимательно ознакомлена с настоящим информированным согласием и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечёт для меня правовые последствия.

Настоящий документ является неотъемлемой частью медицинской карты.

На указанных условия и в соответствующем им порядке, я подтверждаю своё согласие на оказание услуги в ООО «Мануал Плюс».

Сведения о выбранном (выбранных) нами лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о моём состоянии здоровья.

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, контактный телефон)

Подпись врача \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024 г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024 г.