

Информированное добровольное согласие на мануальную терапию в ООО «Мануал Плюс»

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

« _____ » _____ года рождения, полных лет _____
(дата рождения пациента)

Зарегистрированный(ая) __ по адресу:

_____ (адрес регистрации пациента)

Проживающий(ая) по

адресу:

_____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

даю информированное добровольное согласие/отказ в отношении меня на проведение мануальной терапии 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"

До начала лечения (медицинского вмешательства) проинформирован(-а) врачом (специалистом) ООО «Мануал Плюс» _____

(Ф.И.О., специализация врача)

о необходимости и возможности оказания мне данной услуги.

В доступной форме мне предоставили полную информацию о целях, методах оказания услуги, связанном с ней риске, возможных вариантах оказания услуги, а также о предполагаемых результатах оказания услуги.

Я проинформирован(-а), что **мануальная терапия** – это методика воздействия на тело руками, позволяющая уменьшить боль и восстановить объём движений в суставах, а также улучшить контроль и координацию работы опорно-двигательной системы. Мануальный терапевт может оказывать сильное воздействие на определённые участки тела, используя плоские захваты, вытяжения, сжатия мягких тканей, давление на ткани. Отдельные лечебные приёмы могут восприниматься, как болезненные. Иногда применяются вспомогательные средства. Например, вакуумные банки и иные механические приспособления. Для проведения безопасной терапии необходимо провести физикальное обследование.

До меня доведена информация о том, что последствиями отказа от мануальной терапии могут быть: прогрессирование заболевания, нарастание болевых ощущений, формирование хронической боли, стойкие ограничения объёма движений в суставах.

Так же мне сообщено, что при отказе от получения услуги, альтернативными методами лечения являются: медикаментозная терапия, физиолечение, лечебная физкультура, иглорефлексотерапия, а так же отсутствие какого-либо лечения.

Несмотря на то, что мануальная терапия имеет высокий процент клинического успеха, я понимаю, что она не может давать стопроцентной гарантии.

Врач (специалист) подробно объяснил мне метод лечения и все возможные риски, а также ожидаемые проявления от предложенного лечения, а именно:

-временные симптомы (от нескольких часов до нескольких дней):

-локальная боль, напоминающая мышечную;

-гиперемия (местное покраснение кожи)

-экхимозы (синяки)

-петехии (точечные внутрикожные кровоизлияния)

-раздражение кожи

-вегетативные реакции (головокружение, тошнота, общая слабость, сонливость, потливость)

-временно боль может усилиться (в течение 2-3 дней)

-преходящие (непостоянные) парестезии (онемение) конечностей, преходящая слабость в конечностях

-временное повышение мышечного тонуса с ощущением спазма и уменьшения объёма движений

При лечении врач (специалист) 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.

Я обязуюсь приходить на все посещения, согласованные с врачом, для оказания мне 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 услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

Вся информация была мне разъяснена до начала лечения.

Я имел(-а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(-а) исчерпывающие ответы на них. Я внимательно ознакомился (-лась) с настоящим информированным согласием на проведение мануальной терапии в ООО «Мануал Плюс» и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечёт для меня правовые последствия.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

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

Сведения о выбранном (выбранных) мною 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 состоянии лица, законным представителем которого я являюсь

(фамилия, имя, отчество, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество, контактный телефон)

Подпись пациента _____ / _____ « _____ » _____ 2024 г.

Подпись врача _____ / _____ « _____ » _____ 2024 г.