ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение физиотерапевтических процедур

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
даю информированное добровольное согласие на проведение физиотерапевтических процедур _____
_____
в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Кожно-венерологический диспансер № 5».

Медицинским работником Врач-физиотерапевт, медицинская сестра

_____ _____
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств и 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 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». 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, предупрежден о возможных последствиях для моего здоровья при несоблюдении порядков при проведении данного вида медицинского вмешательства и о возможных побочных эффектах от медицинского вмешательства (обострение основного заболевания, лабильность артериального давления, реакция со стороны центральной нервной системы). Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах со здоровьем: моих хронических заболеваниях, психических заболеваниях, эпилепсии, онкозаболеваниях, наличии водителя ритма, инфицированностью различными возбудителями, в том числе ВИЧ, гепатит, случаях индивидуальной непереносимости лекарств. Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного медицинского вмешательства. Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне данного медицинского вмешательства .

_____ _____
(подпись) (Ф.И.О. гражданина, либо законного представителя)