**«ДОКТОР ПЛЮС » Общество с ограниченной ответственностью**

**423450 РТ г.Альметьевск, ул. Маяковского, 62/2 ;тел:.44-18-18 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ИНН: 1644068916; КПП:164401001; Р/сч.:40702810300090000334**

**в "Тимер Банк" АО; БИК 044525567;к/сч.30101810345250000567**

*Приложение к договору №\_\_\_\_\_\_ от " " \_\_\_\_\_\_\_\_\_202 \_\_г.*

**Информированное добровольное согласие на проведение**

**Озонотерапевтической процедуры**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

***Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет или недееспособных***

***граждан:***

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО), паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Зарегистрированный/ая по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или

лица, признанного недееспособным\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(ФИО ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю **добровольное** согласие на проведение мне/моему подопечному следующего медицинского вмешательства: внутривенное введение озоно-кислородной смеси в физиологическом растворе.

Настоящее согласие дано ООО «ДОКТОР ПЛЮС», имеющем лицензию на право осуществления медицинской деятельности № Л041-01181-16/00318859от 06.02.2018г., по адресу:

г. Альметьевск, ул. Маяковского, д. 62/2 (далее - Клиника).

На проведение мне вышеуказанных медицинских вмешательств я уполномочиваю медицинскую сестру –\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Мне разъяснено, что в ходе процедуры медицинская сестра осуществляет внутривенное введение озонированного физиологического раствора (ОФР). Стерильный раствор в количестве 200 мл. предварительно озонируют, пропуская через него озонокислородную смесь до достижения концентрации озона в жидкости, после чего вводят внутривенно пациенту. Находящийся в растворе озон достаточно быстро распадается, поэтому озонирование физраствора производят непосредственно перед введением и во время манипуляции.

**Показания** *(нужное отметить) :* косметология; хирургия; неврология; гастроэнтерология; при заболеваниях сердечно-сосудистой системы; лечение сахарного диабета; дерматология; гинекология; урология; при патологии органов опоры и движения; в лечении заболеваний органов дыхания.

**Рекомендуемое количество процедур для достижения максимального результата:** от 5-8.

**Предполагаемый результат** медицинского вмешательства: косметология ( омоложение лица, лечение рубцов, акне, угри, растяжки, борьба с проявлениями целлюлита); хирургия (бактерицидный эффект, усиление процессов микроциркуляции, очищение ран и ускорение эпителизации); неврологии; гастроэнтерологии; при заболеваниях сердечно-сосудистой системы; лечение сахарного диабета; дерматологии; гинекологии (противовоспалительное, иммуностимулирующее, общеукрепляющее, улучшает микроциркуляцию); урология (противовоспалительное, иммуностимулирующее, антиоксидантное действие и пр.); при патологии органов опоры и движения; в лечении заболеваний органов дыхания.

Я понимаю, что даже при максимально возможной степени заботливости и осмотрительности лечащего врача, медицинской сестры, какая от них требуется по характеру выполняемой работы, и принятия всех мер для успешного проведения медицинского вмешательства, желаемый результат может быть не достигнут, в силу недостаточного уровня развития современного медицины, не гарантирующей стопроцентного результата; в силу индивидуальных особенностей организма пациента.

Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская услуга недоступна по программе обязательного медицинского страхования.

Я предупрежден(а), что **противопоказаниями к проведению медицинского вмешательства являются нижеперечисленные состояния пациента и я обязуюсь предоставить максимально точные данные, которые мне известны:** гипокоагуляционные нарушения свертываемости крови; кровотечения из органов; низкое давление; судороги; интоксикаия; эпилепсия; месячные; тромбоцитопения; аллергия к озону; гемморагический или смешанный инсульт; непереносимость к озону. Примечание: Озон в низких концентрациях обладает умеренным гипокоагуляционным действием, поэтому во время лечения отменяются или снижается доза средств, ведущих к снижению свертываемости крови (антикоагулянты, аспирин и др.).

Я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные противопоказания могут повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, лечебным, диагностическим процедурам, что может потребовать денежных и временных затрат, возможна временная нетрудоспособность, и врач/клиника не несет ответственности в случае возникновения осложнений, если я не сообщил(а) или не знал(а) о противопоказаниях, но дал(а) свое согласие на проведение мне данного медицинского вмешательства.

Мне в доступной форме разъяснено и я понимаю, что существует возможность побочных эффектов или серьезных осложнений.

Я ознакомлен с приведенным ниже перечнем побочных эффектов:

* усиление кровообращения может вызвать краткосрочную головную боль и головокружение, иногда судороги в ногах;
* легкая боль и давление при инъекции;
* усталость;
* тошнота;
* сонливость;
* повышенное желание сходить в туалет;
* головная боль или временное головокружение.

Возможные ощущения во время процедуры – обычно безболезненно, но может быть легкая боль и давление при инъекции.

В случае проявление осложнений или дискомфорта/аллергических реакций, я обязуюсь сообщить об этом лечащему врачу в кратчайшие сроки.

Обязуюсь выполнять все рекомендации лечащего врача, сделанные в соответствии с протоколом процедуры.

Мне известно, что при несоблюдении мною лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка Клиники лечащий врач вправе отказаться от дальнейшего моего/представляемого лица лечения.

Я имел(а) возможность задавать вопросы и на все получил(а) исчерпывающие ответы Лечащего врача.

Сведения о выбранных мною лицах, 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 здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления.

Я прочитал(а) данное согласие, понимаю его смысл, принимаю данные факты и настоящим уполномочиваю провести мне медицинскую манипуляцию.

Настоящим подтверждаю, что данное информированное согласие мною подписано в присутствии лечащего врача.

Вышеуказанный Пациент ООО «ДОКТОР ПЛЮС» ознакомился и дал своё информированное добровольное согласие на указанное в нём медицинское вмешательство, а также расписался в настоящем документе в моём присутствии:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(должность, ФИО)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(подпись) (дата)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Подпись пациента или законного представителя/расшифровка | Подпись врача/расшифровка | Дата следующего визита (по актуальности) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |