**Информированное добровольное согласие на массаж**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО пациента или его законного представителя)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный(ая) по

адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства пациента или его законного представителя)

**даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Код по номенклатуре | Вид вмешательства/услуги | Количество |
|  |  | Медицинский массаж |  |

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Имедика», медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО и должность медицинского работника)

**в доступной для меня форме мне разъяснены:**

- **цели оказания медицинской помощи**:

улучшение самочувствия пациента с достижением лечебного или реабилитационного воздействия вследствие уплотнения рыхлых органов, затвердения мягких, разрыхления плотных органов и размягчения твердых органов (ненужное зачеркнуть)

(иное указать)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**- методы оказания медицинской помощи**:

Мне разъяснено, что Медицинский массаж может включать в себя элементы всех видов массажа: - классический (ручной массаж),

- рефлекторный (механические воздействия на области кожи, которые связаны с определенными сегментами спинного мозга),

- соединительно-тканный (массаж рефлекторных зон в соединительной ткани),

- периостальный (давящий массаж, направленный на костные поверхности или надкостницу),

2 - точечный (направлен на узкоограниченные точечные участки ткани), - восстановительный (массаж для снятия чувства усталости и утомления, включает в себя приемы классического массажа).

В зависимости от показаний каждый из видов массажа представляет собой механические раздражения тканей и органов специальными приемами поглаживания, растирания, поколачивания, разминки, вибрации. Вмешательство может быть общим и локальным.

(иное указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**- связанный с методами риск:**

**Мне разъяснено, что имеются противопоказания к медицинскому массажу:** заболевания крови, простудные заболевания, высокая температура тела, острое воспаление кровеносных сосудов, тромбоз, опухоль, аневризма аорты, гнойные процессы, кожные повреждения, кожные высыпания, воспаление лимфатических узлов и сосудов, аллергические реакции, эндартериит с трофическими нарушениями или гангреной, активная форма туберкулеза, СПИД, сифилис 1-2 стадии, психическое заболевание с чрезмерным возбуждением или значительно измененной психикой, каузальгический синдром после травм периферических нервов, хронический остеомиелит.

**Мне разъяснено, что при непредставлении медицинскому работнику информации о наличии противопоказаний и их скрытом течении возможно развитие осложнений данных заболеваний** **и ожидаемый эффект вмешательства не будет достигнут**.

**Мне разъяснено, что несоблюдение рекомендаций и указаний медицинского работника может повлечь** снижение качества оказанной услуги, повышает риск развития осложнений.

(иное указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Предполагаемые результаты оказания медицинской помощи**:

Улучшение самочувствия пациента с достижением реабилитационного или лечебного воздействия вмешательства.

(иное указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения**, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе, после смерти:

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

(ФИО выбранного лица)

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

(подпись) (ФИО медицинского работника)

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

(подпись) (ФИО пациента)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202 \_\_\_ год