**Информированное добровольное согласие**

**на резонансно-частотную терапию**

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:**

**резонансно-частотную терапию**

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 терапии**:

Резонансно-частотная терапия способствует формированию лечебного эффекта при заболеваниях, вызванных вирусами, бактериями, гельминтами, простейшими и грибами. Воздействие резонансно-частотной терапии носит многоуровневый характер - оно оказывает влияние как на микроструктуры (мембраны клеток и клеточные элементы), так и на органы и системы в целом. Прилагаемая частота входит в резонанс с собственной частотой биологической системы и (в зависимости от цели терапии) как ослабляет, так и усиливает эти колебания. В результате такого воздействия патологические колебания затухают, а физиологические усиливаются.**;** (ненужное зачеркнуть)

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

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

**- методы**:

Для реализации метода применяются внешние электромагнитные колебания специфических резонансных частот определенной формы и амплитуды, которыми воздействуют на пациента. Воздействие может осуществляться электрическим током (контактно) с помощью электродов или магнитным полем (бесконтактно) с помощью различных устройств: «петель», «пояса».

С помощью УМТ «пояса» можно охватить практически все органы, расположенные спереди, сзади и по бокам.

Электроды размещаются на биологически активных зонах, например по отведениям «рука-рука» и «нога-нога»

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

**- связанный с методами риск:**

Мне разъяснено, что противопоказаниями к **резонансно-частотной терапии является** наличие у больного электрокардиостимулятора, что связано с возможностью нарушения его работы, при наличии патологических изменений кожи в зоне точки измерения; состояние острого психического возбуждения или опьянения, доброкачественные и злокачественные новообразования, нарушения свертываемости крови, острые нарушения мозгового и коронарного кровообращения, беременность, эпилепсия, индивидуальная непереносимость электрического тока.

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

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

**- предполагаемые результаты:**

Мне разъяснено, что резонансно-частотная терапия оценивает способствует формированию лечебного эффекта при заболеваниях, вызванных вирусами, бактериями, гельминтами, простейшими и грибами.

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

**Мне разъяснено, что я имею право отказаться от 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 вегето-резонансному тестированию. 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