**Информированное добровольное согласие**

**на вегето-резонансное тестирование**

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:**

**вегето-резонансное тестирование**

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 тестирования**:

проверка организма на наличие паразитов: простейших, гельминтов, бактерий, вирусов, грибов, клещей и др.; определение состояния иммунной и эндокринной систем, органов желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, дыхательной и мочеполовой систем; тестирование адаптационных резервов организма; диагностика аллергии, ревматоидных заболеваний; оценка холестеринового уровня, лимфатических отягощений; измерение токсических (отягощения наркотическими средствами, вакцинами, тяжелыми металлами), радиоактивных, электромагнитных, геопатогенных нагрузок; вычисление эндокринного, биологического, фотонного индексов, а также индекса ДНК, который информирует о наличии либо отсутствии генетических нарушений и врождённой интоксикации; установление психического состояния; напряжения, истощения вегетативной нервной системы; выявление недостатка витаминов, минералов, ферментов, нарушения нарушение кислотно-щелочного баланса в организме; (ненужное зачеркнуть)

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

**- методы**:

ВРТ-тестирование проводится в течение одного приёма и длится около 1-2 часов. Оно совершенно безболезненно и безвредно, потому что использует электромагнитное поле, совпадающее с естественным полем Земли. Процедура не нарушает целостности кожных покровов, исключает риск заражения инфекциями, безопасна для детей и беременных женщин. Комплексная ВРТ-диагностика позволяет врачу быстро получать разнообразную информацию о состоянии организма пациента, которая позволяет ставить правильный диагноз, имея уникальную возможность определения многих заболеваний на доклинической стадии. Кроме того, она позволяет выявить нарушения на глубоком уровне задолго до появления явных симптомов и тем самым предупредить многие заболевания. Врач может не только определить наличие и причину заболевания, но и сделать всестороннюю оценку состояния организма, что позволяет немедленно назначить эффективное лечение, при этом используя строго индивидуальный подбор информационных препаратов с учетом их эффективности, переносимости и сочетаемости, подбирая оптимальный шаг терапии, дозировку и кратность приема. На основании данных ВРТ пациенту могут быть назначены гомеопатические препараты, биорезонансная или резонансно-частотная терапия, которые позволят скорректировать выявленные нарушения.

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

**- связанный с методами риск:**

Мне разъяснено, что противопоказаниями к **вегето-резонансному тестированию** наличие у больного электрокардиостимулятора, что связано с возможностью нарушения его работы, и при наличии патологических изменений кожи в зоне точки измерения; состояние острого психического возбуждения или опьянения. Относительными противопоказаниями можно считать повышенную чувствительность к электрическому току и механическому давлению на точку измерения.

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

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

**- предполагаемые результаты:**

Мне разъяснено, что вегето-резонансное тестирование оценивает состояние здоровья человека на самой ранней стадии болезни; помогает выявить органы с различными заболеваниями; определить причину заболевания; — провести обследование на гельминтов, вирусы, бактерии, грибки, аллергены, минералы, витамины, гормоны, ферменты, радиоактивную, электромагнитную, геопатогенную нагрузку, дисбактериоз; определить эффективность и переносимость медикаментов; провести эффективное немедикаментозное лечение методом биорезонансной терапии.

(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