

**Общество с ограниченной ответственностью  
«ЭСТЕТИК ЛАЙФ»**

Юридический адрес: 680013 г. Хабаровск, ул. Шабадина 19А  
ИНН 2721225484 КПП 272101001 ОГРН1162724073841 Почтовый  
адрес: 680013 г. Хабаровск, ул. Шабадина 19А  
Тел.: +7-924-221-7000

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство-  
физиотерапевтическое лечение**

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ лет, подписывая  
(Ф,И,О, пациента/законного представителя)  
данный документ, даю добровольное согласие на манипуляцию (процедуру)

электрофорез, магнитотерапию, лазеротерапию, ультразвук, электротерапия  
(нужное подчеркнуть)

мне (представляемому): \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка до 15 лет, недееспособного)

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) физиотерапевтического лечения в ООО  
«Эстетик Лайф», медицинским работником

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., должность медицинского сотрудника).

Я понимаю цель проведения физиотерапевтического лечения и предупрежден(а), методы лечения, информирован(а) об альтернативной возможности получения медицинской помощи за счет государственных средств, об общих противопоказаниях к физиотерапевтическому лечению, о возможных побочных осложнениях, обусловленных биологическими особенностями организма, о последствиях и связанных с ними рисками, включая не зависящие от соблюдения применяемой технологии (т. е. о непреднамеренном причинении вреда здоровью): покраснение глаз, слезотечение, нестабильность АД, головные боли, при наличии судорожной готовности – ухудшение неврологических показателей.

Я осознаю несовершенство медицинской науки и практики и невозможность, в связи с этим гарантировать ожидаемые результаты лечения, что проводимое мне лечение (лечение представляемому мной), в т. ч. медицинское вмешательство, не гарантирует полного выздоровления.

Я знаю, что строгое соблюдение рекомендаций врача является необходимым условием для успешного физиотерапевтического лечения.

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 и предупрежден о возможных последствиях для моего здоровья при несоблюдении поименованных порядков при проведении данного вида медицинского вмешательства. Мне разъяснены также последствия отказа от данного вида медицинского вмешательства

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024 г.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ Подпись врача: \_\_\_\_\_