

Информированное добровольное согласие на тайский/балийский массаж

Я, пациент (законный представитель) _____
(Фамилия Имя Отчество Пациента, законный представитель)
_____ года рождения

в соответствии с главой 4 Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю добровольное информированное согласие на проведение мне (пациенту) процедуры тайского/балийского массажа _____.

Мне разъяснено, в чем смысл процедуры, и я не имею по этому поводу вопросов к персоналу. Согласен (сна) на проведение процедуры в предложенном объеме. Я сообщил (а) сведения о наличии у меня (у пациента) сопутствующих и перенесенных ранее заболеваний _____.

Подписанием данного документа, я подтверждаю, что информирован(а) что противопоказаниями для проведения процедуры являются: острые лихорадочные состояния, острые воспалительные процессы, кровотечения и склонности к ним, болезни крови, гнойные процессы любой локализации, различные заболевания кожи (инфекционной и грибковой этиологии), гангрена, острые воспаления, тромбозы, значительные варикозные расширения вен (2-3 ст), трофические язвы, атеросклероз периферических сосудов, тромбангиит в сочетании с атеросклерозом, мозговых сосудов, аневризмы сосудов, тромбоз флебит, воспаление лимфатических узлов, активная форма туберкулеза, сифилис, хронический остеомиелит, доброкачественные и злокачественные опухоли различной локализации (до хирургического лечения).

Противопоказаниями к процедуре тайского/балийского массажа являются также нестерпимые боли после травмы (каузалгический синдром), психические заболевания, недостаточность кровообращения 3 степени, гипертензивные и гипотензивные кризы, тошнота, рвота, боли невыясненного характера при пальпации живота, бронхоэктазы, легочная, сердечная, почечная, печеночная недостаточность, обострения хронического заболевания, беременность, проведение процедуры после занятий спортом в течение 8 часов.

Я согласен(сна) с тем, что при проведении процедуры нельзя полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Общество с ограниченной ответственностью «Самуи» не несет ответственности за их возникновение.

Я обязуюсь (пациент обязуется) исполнять рекомендации и советы специалиста Общества с ограниченной ответственностью «Самуи», соблюдать режим, немедленно сообщать специалисту о любом ухудшении самочувствия.

Я извещен (на), что несоблюдение рекомендаций специалиста могут отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья пациента).

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно и получил(а) на них надлежащие ответы и имел(а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенную мне (пациенту) процедуру.

Я извещен(а) о наличии у меня как у пациента (законного представителя пациента) права в любое время отказаться от процедуры тайского/балийского массажа или потребовать его прекращения.

Я извещен(а) о том, что Общество с ограниченной ответственностью «Самуи» не несет ответственности за вред, причиненный моему здоровью (здоровью пациента) при оказании процедуры тайского/балийского массажа, при условии, что вышеуказанная процедура проведена с соблюдением всех необходимых требований, а размер вреда соразмерен потребностям моего здоровья.

Информация о состоянии моего здоровья может быть представлена моему(ей)

_____ (указать кому, Фамилия И.О., номер телефона)

Я ознакомлен с правилами внутреннего распорядка Общества с ограниченной ответственностью «Самуи»
Настоящее соглашение мною прочитано, специалист ответил на все мои вопросы.

Я, подписывая данный документ, даю информированное добровольное согласие на предложенные условия осуществления вышеуказанной процедуры массажа тайского/балийского.

_____ (Фамилия И.О. Пациента)

_____ (Подпись Пациента)

Настоящее соглашение подписано пациентом после проведения специалистом разъяснительной беседы.

Беседу провел специалист _____ «__» _____ 20__ г.
(Фамилия И.О., подпись специалиста)