|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Информированное добровольное согласие пациента (родителей) на лечебную (диагностическую) манипуляцию (процедуру) | | | | | | | | |  |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ находясь на консультации и лечении в МПК «Прогноз» в доступной для меня форме информирован о состоянии своего (моего ребенка) здоровья, плане лечения, характере необходимых диагностических и лечебных мероприятий, возможных альтернативных методах обследования и лечения. Я информирован о том, что продолжительность курса лечения определяется лечащим врачом и зависит от состояния моего (моего ребенка) здоровья. Мне разъяснено, что для предупреждения возможных осложнений во время проведения процедур (манипуляций), необходимо точно выполнять все рекомендации врача. Со своей стороны, обязуюсь информировать лечащего врача об имеющихся у меня (моего ребенка) хронических заболеваниях и аллергических реакциях и о перенесенных инфекционных заболеваниях. Содержание настоящего соглашение мною прочитано оно мне полностью понятно, что я удостоверяю своей подписью. Я осознаю, что отказ от предложенного мне(моему)ребёнку лечения может привести к ухудшению состояния моего(ребёнка) здоровья, поэтому я выражаю согласие на проведение: | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| № п/п | Манипуляция ,лечебная процедура, диагностическое обследование, консультация специалиста. | | | Согласие пациента  Ф.И.О. подпись | | | Ф.И.О. врача  подпись | |  |
|  |
| 1 | Невролог | | |  | | |  | |  |
|  |
| 2 | Мануальный терапевт (остеопат) | | |  | | |  | |  |
|  |
| 3 | ЭЭГ (электроэнцефалография) | | |  | | |  | |  |
|  |
| 4 | АСВП (Акустический Слуховые Вызванные Потенциалы) | | |  | | |  | |  |
|  |
| 5 | Транскраниальная доплерография сосудов головного мозга и брахиоцефальных артерий | | |  | | |  | |  |
|  |
| 6 | УЗИ головного мозга и шейного отдела позвоночника | | |  | | |  | |  |
|  |
| 7 | Аудиотерапия по методу А. Томатиса | | |  | | |  | |  |
|  |
| 8 | РБП+Постурография | | |  | | |  | |  |
|  |
| 9 | ЛФК-ДФН,  мозжечковая стимуляция | | |  | | |  | |  |
|  |
| 10 | Массаж | | |  | | |  | |  |
|  |
| 11 | Логопед | | |  | | |  | |  |
|  |
| 12 | НДГ  (нейродинамическая гимнастика) | | |  | | |  | |  |
|  |
| 13 | Транскраниальная микрополяризация | | |  | | |  | |  |
|  |
| 14 | Ритмическая Транскраниальная Магнитная стимуляция | | |  | | |  | |  |
|  |
| 15 | Аудиотерапия по методу InTime | | |  | | |  | |  |
|  |
| 16 | Биоакустическая коррекция (БАК) | | |  | | |  | |  |
|  |
| 17 | Физиотерапия | | |  | | |  | |  |
|  |
|  |