

Информированное добровольное согласие пациента (родителей) на лечебную (диагностическую) манипуляцию (процедуру)

Я, _____
находясь на консультации и лечении в ООО «МПК Прогноз» в доступной для меня форме
информирован _____ о состоянии своего _____ (моего ребенка)
_____ (ребенка ФИО, дата рождения)

здоровья, плане лечения, характере необходимых диагностических и лечебных мероприятий, возможных альтернативных методах обследования и лечения. В процессе оказания медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим работникам ООО «МПК Прогноз», в интересах своего (моего ребенка) обследования и лечения. Я информирован о том, что продолжительность курса лечения определяется лечащим врачом и зависит от состояния своего (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 соглашения 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.	Осмотр невролога		
2.	Электроэнцефалография (ЭЭГ)		
3.	Нейросонография головного мозга и шейного отдела (НСГ)		
4.	Транскраниальная доплерография сосудов головного мозга и брахиоцефальных артерий (УЗДГ)		
5.	Исследование речевой, когнитивной и мозжечковой функции (АСВП)		
6.	Остеопат		
7.	Физиотерапия		
8.	Массаж		
9.	ЛФК		
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			