

## Информированное добровольное согласие на лечебную физическую культуру

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство занятие ЛФК (Лечебная физическая культура) которое отнесено к видам медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Обществе с ограниченной ответственностью «МКС «БЕЛАЯ ЛАДЬЯ».

Медицинским работником

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

**Мне в полной мере и в доступной для меня форме** разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Лечебная физкультура представляет собой метод лечения, профилактики и медицинской реабилитации, основанный на физических упражнениях, разработанных и специально подобранных в зависимости от характера заболевания, особенностей пациента.

**Цели оказания медицинской помощи:** увеличение подвижности суставов, растяжение мышц, улучшение обменных процессов, ускорение выздоровления, предупреждение дальнейшего развития болезни.

**Методы оказания медицинской помощи:** ЛФК проводятся в формах общей и специальной тренировок.

**Варианты медицинских вмешательств:** Процедура производится гимнастическим/спортивно-прикладным методом/методом подвижных, спортивных игр.

### **Я проинформирован о противопоказаниях к медицинскому вмешательству:**

- острая фаза инфекционных заболеваний (Грипп, ОРВИ, ангина)
- любые острые воспалительные процессы;
- болезни крови, внутренние кровотечения;
- злокачественные новообразования и опухоли;
- гнойные процессы любой локализации;
- цинга;
- остеомиелит;
- осложненные формы варикозного расширения вен: тромбоз, тромбофлебиты и трофические язвы, любые острые воспаления кровеносных и лимфатических сосудов;
- аневризма аорты и сердца, острая ишемия миокарда;
- легочно-сердечная недостаточность третьей степени;
- гипер- и гипотонический криз;
- заболевания органов брюшной полости с наклонностью к кровотечениям;
- активная форма туберкулеза;
- почечная и печеночная недостаточность;
- психические заболевания с чрезмерным возбуждением и значительно измененной психикой;
- состояние алкогольного или наркотического опьянения
- резкое снижение адаптационных возможностей.

**Результатом лечебной физкультуры является:** увеличение подвижности суставов, растяжение мышц, улучшение обменных процессов, ускорение выздоровления, предупреждение дальнейшего развития болезни.

**После оказания лечебной физкультуры пациенту рекомендовано:** отдохнуть, воздержаться от немедленного приема пищи, повторять упражнения дома только по назначению врача и в четком соответствии с его указаниями, в противном случае возможно получить осложнения.

**Я внимательно прочитал(а) информированное добровольное согласие, понял(а) его содержание и терминологию,** у меня была возможность задать медицинскому работнику все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы в удовлетворяющей меня форме.

**Я получил (а) подробные объяснения по поводу заболевания, осведомлен (а) об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений:** микроразрывы и микротрещины в области позвоночника, боль, мышечные спазмы, микротравмы мышц, повышение артериального давления, головокружение, одышка, тошнота, ломота в мышцах.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением:

---

(указать какие, если имеются исключения)

**Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.**

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, 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” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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)

---

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

---

(подпись)

---

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

---

(подпись)

---

(Ф.И.О. медицинского работника)

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)