**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА КУРС ОЗОНОТЕРАПИИ**

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и при­ка­зом Ми­ни­стер­ства здра­во­охра­не­ния РФ от 20.12.2012 года № 1177 н

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

даю согласие на проведение мне курса озоно–и метаболической терапии.

Назначение и порядок выполнения процедур мне разъяснены.

Я подтверждаю, что у меня ранее не было аллергии на введение озона и других лекарственных препаратов.

Мне разъяснены методики лечения озоном, возможные последствия, в том числе и неблагоприятные.

* Местная болезненность в месте введения
* Развитие явлений флебита в месте введения
* Аллергическая реакция на введение озонокислородной смеси в виде крапивницы или развития бронхоспазма на присутствие озона в воздухе кабинета (крайне редко)
* Во время процедуры при быстром введении может появиться головокружение, что связано с улучшением микроциркуляции и ,как следствие, снижение уровня глюкозы и снижение АД.

Я предупрежден (а) врачом кабинета озонотерапии, что конечный результат озонотерапии может быть иным, чем ожидаемый, это связано с реакцией моего организма.

Мне разъяснено, что я должен (а) немедленно информировать лечащего врача о возникших аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости озона или других неблагоприятных реакциях организма на проводимые процедуры.

Я также информирован (а) врачом о необходимости соблюдения следующих правил во время курса озонотерапии:

* Не принимать препараты, снижающие свертываемость крови (аспирин, парацетамол и другие) в течение всего курса лечения
* Не подвергаться избыточной инсоляции
* Не употреблять спиртные напитки
* Не допускать физических перегрузок

Я добровольно даю согласие на проведение озонотерапии и принимаю на себя обязанность выполнять все предписания лечащего врача.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019года Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Согласие на проведение курса озонотерапии получил (а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019года