

Директору ООО «Взгляд» (ЛЦ «Очкофф»)

Мусиной Наталье Юрьевне

От _____,

паспорт

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Функциональная реабилитация зрения

Я, _____, даю информированное добровольное согласие на предложенное мне/моему ребенку _____ медицинское вмешательство «Функциональную реабилитацию зрения», включающую в себя массаж и постизометрическую релаксацию ШВЗ, КРОТА, магнитотерапию, электро-магнитофорез, электролазеростимуляцию, инфразвуковой пневмомассаж и тренировку зрительных функций с помощью компьютерного видеотренинга, ТРА по Аветисову-Кац, ТРА по Волкову, микрозатуманивание по Дашевскому, офтальмомиотренажера-релаксатора «Визотроник», офтальмохромотерпию, макулотестер, засветы по Чермаку, засветы по Кюперсу, синоптофор, необходимое для оказания медицинской помощи в связи с имеющимся заболеванием _____

осуществляемое в Обществе с ограниченной ответственностью «Взгляд». Врачом - офтальмологом в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также развитие осложнений в случае отказа от медицинского вмешательства. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от определенного вида медицинского вмешательства или потребовать его 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».

(подпись)

(ФИО полностью)