

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение процедуры «Водородная ингаляция»**

Я,

г.р.

(ФИО пациента, дата рождения)

на основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Велнес «Дейли Лайв» на проведение мне процедуры «Водородная ингаляция» медицинским работником:**

(ФИО медицинского работника)

1. Перед проведением вышеуказанной процедуры медицинский работник проинформировал меня:

1.1. О показаниях к применению процедуры:

- заболевания дыхательной системы;
- реабилитация после перенесённых заболеваний;
- проблемы с сердечно-сосудистой системой;
- метаболические нарушения - сахарный диабет 2-го типа, метаболический синдром;
- неврологические и психоэмоциональные состояния;
- воспалительные процессы в других системах;
- поддержка при других состояниях - последствия лучевой или химиотерапии (чтобы снизить токсическое воздействие), профессиональные заболевания лёгких, помощь в отказе от курения;
- в рамках оздоровительных и антивозрастных программ.

1.2. О противопоказаниях к проведению процедуры:

1.2.1. Не допускается проведение процедуры пациентам, имеющим в анамнезе:

- острые инфекции с повышенной температурой;
- онкологические заболевания в стадии активного роста;
- тяжёлая сердечно-сосудистая недостаточность, выраженные аритмии;
- хронические заболевания дыхательных путей в стадии обострения;
- эпилепсия и неконтролируемые судорожные состояния;
- индивидуальная непереносимость процедуры.

1.2.2. Не рекомендуется проведение процедуры:

- период беременности и лактации.

Я отрицаю наличие у меня любого из перечисленных в п. 1.2.1-1.2.2 состояний и фактов, которые являются противопоказаниями к проведению процедуры.

1.3. О процедуре, методе ее проведения и предполагаемом результате:

Процедура ингаляции молекулярного водорода через специальный аппарат, которая обеспечивает мощное антиоксидантное и противовоспалительное действие на клеточном уровне. Она способствует детоксикации, улучшению обмена веществ, восстановлению тканей, укреплению иммунитета и замедлению процессов старения организма.

Ход процедуры. На пациента надевают одноразовую или индивидуальную назальную канюлю (тонкую трубку с насадкой у ноздрей) либо маску. Её подключают к специальному ингалятору. В современных аппаратах водород обычно получают методом электролиза воды прямо в устройстве. Специалист настраивает параметры: задаёт терапевтическую концентрацию газовой смеси (часто в диапазоне 1–4% по объёму — ниже 4% смесь с воздухом не горит) и поток газа. Иногда в смесь добавляют пар. Перед началом врач может сделать несколько пробных вдохов, чтобы убедиться в комфорте пациента. Пациент спокойно дышит через канюлю или маску. Водород — газ без запаха и вкуса, поэтому обычно никаких неприятных ощущений не возникает. Во время процедуры можно отдыхать, читать или находиться в расслабленном состоянии. Длительность одного сеанса обычно составляет 30–60 минут, но врач может скорректировать это время в зависимости от целей терапии.

Показания к процедуре, а также длительность курса процедур определяются врачом.

Предполагаемый результат: общее улучшение состояния пациента; способствование лечению заболеваний (вспомогательный метод к основному лечению); реабилитация после перенесённых заболеваний.

1.4. О возможных осложнениях и нежелательных последствиях:

В некоторых случаях возможны общие дискомфортные состояния, преходящее снижение сатурации (насыщения крови кислородом), иные осложнения, в зависимости от индивидуальных особенностей организма пациента.

1.5. Об альтернативных методах лечения: отсутствие лечения вовсе; дыхательная гимнастика; активный отдых и прогулки; физические методы реабилитации; озонотерпия и др.

1.6. О необходимости соблюдения рекомендаций:

- Отказ от курения минимум 2 часа после сеанса. Курение сужает сосуды и аннулирует кислородный эффект.
- Спокойный режим: Избегайте резких физических нагрузок сразу после процедуры.
- Соблюдение питьевого режима.
- Отдых.

Я понимаю, что соблюдение всех рекомендаций помогает устранить риск нежелательных последствий.

2. Я был(а) уведомлен(а) и соглашаюсь с тем, что при несоблюдении мной рекомендаций мной не будут предъявлены претензии по качеству оказания медицинских услуг по данной процедуре в случае возникновения каких-либо осложнений и нежелательных последствий.

3. Я обязуюсь сообщать медицинскому работнику обо всех жалобах и обстоятельствах, возникающих до, во время и после проведения процедуры и понимаю, что медицинский работник и организация не несут ответственности за возможные осложнения и негативные последствия, о наличии которых я не сообщил(а).

4. Хотя процедура имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является медицинской процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

5. Я максимально в полном объеме сообщил(а) медицинскому работнику достоверную информацию о себе и состоянии моего здоровья, а именно:

- о любых принимаемых препаратах, в том числе гормональных средств и иных, обезболивающих и противовоспалительных препаратах;
- травмах, операционных и анестезиологических вмешательствах;
- аллергических реакциях (в т.ч. отек Квинке, анафилактический шок);
- индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов и других веществ;
- о хронической сопутствующей патологии, вредных привычках, принимаемых лекарственных препаратах, состоянии беременности;
- о проведении подобной процедуры ранее и её результатах:

(при наличии указать)

6. Я проинформировал(а) медицинского работника о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

7. Понимая сущность процедуры **«Водородная ингаляция»** и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

8. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

9. Я подтверждаю, что медицинский работник уведомил меня о возможности ознакомиться с составом используемых лекарственных препаратов и задать все имеющиеся вопросы относительно них.

10. Я подтверждаю, что медицинский работник уведомил меня о возможности ознакомиться с инструкцией, принципами, методами и особенностями работы аппаратов, применяемых в ходе проведения процедуры.

11. Я получил (а) полную информацию о процедуре, и мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях процедуры **«Водородная ингаляция»** и получены исчерпывающие ответы на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе.

12. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, договора на оказание платных медицинских услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

13. Я подтверждаю свое согласие на процедуру на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

14. Медицинский работник: Я подтверждаю, что в полном объеме разъяснил Пациенту суть процедуры **«Водородная ингаляция»**, её показания, противопоказания, методику выполнения, результаты и возможные негативные последствия проведения, требования и рекомендации, а также ответил Пациенту в доступной форме на все заданные вопросы.

Пациент _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Дата " ____ " _____ 20__ г.

Медицинский работник _____
(подпись)

Дата " ____ " _____ 20__ г.