**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

**при заключении договора на предоставление социального обслуживания с предоставлением социально-медицинских услуг в стационарном отделении с временным проживанием и отделении с дневным пребыванием**

**в ЛОГБУ «Тихвинский КЦСОН»**

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

(Ф.И.О. гражданина)

**зарегистрированный по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(адрес места жительства гражданина)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при предоставлении социально-медицинских услуг:

-проведение первичного медицинского осмотра;

- осуществление систематического контроля за состояние здоровья, в том числе:

контрольные замеры температуры тела, измерение АД (артериального давления), пульса, частоты сердечных сокращений, дыхания ;

- контроль приема лекарств, закапывание капель, наложение компрессов, горчичников, растирание и натирание, обработка ран, внутримышечных, подкожных и внутривенных инъекций( кроме капельниц);

- консультирование по социально-медицинским вопросам;

- проведение мероприятий по физиотерапии;

- лечебная физкультура:

- медицинский массаж;

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств.

« » 201 год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (ФИО) (подпись)