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

нахожусь на реабилитации в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. № Истории болезни/ Амбулаторной карты\_\_\_\_\_\_\_\_

Сегодня «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г

После проведения тренировки с применением экзоскелета Экзоатлет сразу или через \_\_\_\_\_\_\_\_минут, часов (подчеркнуть), выявил отёк, покраснение, боль, рану в области \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Об этом сообщил сразу или через\_\_\_\_\_\_\_минут, часов (подчеркнуть) лечащему врачу ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я информирован о возможных нежелательных явлениях при моём заболевании (наличие остеопороза, тромбозе вен нижних конечностей, нестабильности в суставах, отдела позвоночника, пролежнях, МКБ, обострении уроинфекции, ухудшения общего состояния при присоединении новых заболеваний или обострении имеющихся хронических заболеваний), а так же при неправильном применении экзоскелета ЭкзоАтлет во время тренировок.

Я информирован, что при несвоевременном информировании врача о появлении нежелательных явлений в случае бытовой травмы, обострения имеющихся хронических заболеваний или их осложнений, всю ответственность за несвоевременное информирование беру на себя.

Я несу полную ответственность за правильность проведения тренировок самостоятельно без сопровождения специалиста.

Я несу полную ответственность за нарушение правильного образа жизни, за имеющиеся вредные привычки (приём алкоголя, наркотиков, лекарственных препаратов, ухудшающих скорость реакций, вызывающих сонливость, замедленность движений), которые могут вызвать несвоевременное выявление нежелательных явлений беру на себя.

ФИО пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г

ФИО врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г