

Информированное добровольное согласие на медицинскую услугу «Лазерная биоревитализация»

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 19, 20, 22 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011г. №323-ФЗ

Коды услуг:	A22.01.005 Низкоинтенсивное лазерное облучение кожи
Медицинское оборудование:	Аппарат для лазерной терапии Hialurox MED-26041

Я, _____
(Ф.И.О.)
« ____ » _____ года рождения, зарегистрированный(-ая) по адресу: _____

даю **информированное добровольное согласие** на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; функциональные методы обследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно), а также в соответствии со ст.ст. 19, 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» от 21.11.2011г. №323-ФЗ, для получения первичной медико-санитарной помощи, а также на оказание медицинской услуги «**Лазерная биоревитализация**» в ООО «Клиника ОНА-Эстетик», предложенное мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь(ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого выступает законный представитель)

настоящим выражаю свое добровольное согласие на оказание мне медицинских услуг, в соответствии с договором № _____ от _____ в ООО «Клиника «ОНА-Эстетик». Я не возражаю против кандидатур врачей и иных специалистов, которые будут оказывать мне медицинскую помощь.

даю **информированное добровольное согласие** на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; функциональные методы обследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно), для получения первичной медико-санитарной помощи, а также медицинской услуги «**Лазерная биоревитализация**» в ООО «Клиника ОНА-Эстетик».

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской услуги, связанные с ней риски, возможные варианты медицинской услуги, ее последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской услуги. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья

(Ф.И.О. контактный телефон)

Я добровольно прошу врача-косметолога, а также привлекаемых по его усмотрению ассистентов и персонал, провести процедуру «**Лазерная биоревитализация**».

Мне понятна суть и характер указанных выше процедур.

Я даю согласие на проведение анестезии, методом, способом и с применением препаратов по усмотрению врача-косметолога. Я понимаю, что могут возникать побочные реакции на средства, используемые при проведении анестезии и процедуры.

Я поставил(а) в известность врача-косметолога обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я информирован(а) о целях, характере, неблагоприятных эффектах и возможных осложнениях анестезиологического обеспечения медицинской процедуры, а также о том, что предстоит мне делать во время его проведения.

Мне разъяснено, и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения.

Я осознаю, что возможны болевые ощущения во время процедуры, реакции на процедуру в виде временной отечности, подкожных кровоизлияний, аллергических реакций.

Я предупрежден(а) о том, что для профилактики инфицирования и для ускорения заживления после процедуры рекомендуется:

- не загорать на солнце или в солярии в течение 3-х недель (даже с солнцезащитными средствами);
- не купаться в открытых водоемах, море, бассейне, посещать баню в течение 2-х недель;
- не прикасаться к коже области обработки в течение 6 часов;
- уменьшить физическую нагрузку, поскольку из-за повышенной потливости кожа будет медленнее заживать в течение недели;
- ограничить использование в течение 24 часов после процедуры кремов и декоративной косметики;
- ограничить в течение 2-х недель принятие ванн, только душ;
- пользоваться специальным противовоспалительным, ранозаживляющим препаратом по рекомендации врача-косметолога.

Я осведомлен(а) о том, что перед процедурой необходимо тщательно снять макияж, снять контактные линзы.

Мне рекомендовано планировать свои дела после процедуры с учетом возможных реакций (покраснение, отечность, кровоизлияния) и ограничений в применении макияжа.

Я предупрежден(а), что противопоказаниями для процедуры «Лазерная биоревитализация» являются:

- наличие онкологических заболеваний организма и некоторых доброкачественных (полипоз, кистоз);
- беременность и лактация;
- непереносимость гиалуроновой кислоты и ее производных;
- болезни кровеносной или иммунной системы (нарушение процесса свертываемости крови);
- аутоиммунные, хронические или простудные заболевания, имеющиеся на момент назначения без инъекционного воздействия (если явно проявляется симптоматика);
- сахарный диабет (декомпенсированная стадия);
- наличие образований в месте применения лазера (родинки, бородавки, папилломы и т.д.);
- активный воспалительный процесс или подкожная инфекция (акне, дерматит и пр.).

Я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные противопоказания могут повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, лечебным, диагностическим процедурам, что может потребовать от меня денежных и временных затрат, возможного освобождения от работы. ООО «Клиника ОНА-Эстетик» **не несет ответственности** в случае возникновения осложнений, если я не соблюдал(а) рекомендации врача-косметолога после проведения процедуры, не сообщил(а) или не знал(а) о своих противопоказаниях, но дала свое согласие на процедуру.

Я обязуюсь выполнять рекомендации специалиста.

Мне понятна информация относительно рекомендуемых мне процедур, доведенная до меня на консультации, и мне была предоставлена возможность обсудить, уточнить, получить ответы на все вопросы по этой информации.

Мне была предоставлена возможность задать любые вопросы относительно рекомендуемых процедур, альтернативных форм лечения и риска и опасности для здоровья, связанных с проведением предстоящих процедур.

Меня предупредили о рисках эстетического результата, связанного с индивидуальными особенностями моего лица и организма.

Мне достаточно полученной информации, чтобы дать данное информированное и осознанное согласие на проведение процедуры «Лазерная биоревитализация».

Я проинформирован (а) о том, что, через 2 недели после проведенной косметологической процедуры, я обязан (а) посетить врача-косметолога ООО «Клиника ОНА-Эстетик» для контрольного осмотра и оценки результатов лечения. Осмотр и консультация врача-косметолога в данном случае бесплатна. В случае неявки, ООО «Клиника ОНА-Эстетик» снимает с себя ответственность за состояние моего здоровья и возможные осложнения после проведенной косметологической процедуры.

Я даю согласие на съемку до и после процедуры, понимая, что все снятые материалы останутся собственностью ООО «Клиника ОНА-Эстетик» и необходимы для отслеживания результатов процедур, а также при решении спорных вопросов в судебном порядке.

Я ознакомлен(а) в доступной для меня форме с содержанием прав и обязанностей пациента, предусмотренных ст. ст. 13, 18-20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011г. №323-ФЗ; ст. 41 Конституции РФ; прав потребителя, гарантированных ст. ст. 7-10, 27, 36 законом РФ «О защите прав потребителей» от 07.02.1992г. №2300-1.

Я подтверждаю, что данный документ был мной прочитан и мне разъяснен, и его содержание мне понятно.

Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное** согласие на проведение медицинского вмешательства.

Область процедуры _____

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись)

(Ф.И.О. пациента)

« ____ » _____ 202_ г.