

Информированное добровольное согласие на медицинскую услугу «Нитевой лифтинг / Нитевой 3D лифтинг»

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:	A17.01.002.005 - Воздействие другими физиотерапевтическими факторами (лимфомодуляция)
-------------	---

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 «Радиоволновый лифтинг» («RF лифтинг») 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.

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 «Нитевой лифтинг / Нитевой 3D лифтинг».

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 поставил(а) в известность врача-косметолога обо всех особенностях, 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.

Врач-косметолог проинформировал меня об основных противопоказаниях к проведению процедуры:

- Повышенная чувствительность, индивидуальная непереносимость материала, из которого изготовлены мезонити;
- Повреждения кожи, проявления хронических заболеваний кожи и/или острый воспалительный процесс в месте установки мезонитей;
- Период беременности и лактации;
- Системные заболевания соединительной ткани;
- Аутоиммунные заболевания;
- Декомпенсированный сахарный диабет;
- Любое инфекционное заболевание и температура, лихорадочные состояния;
- Обострение хронических заболеваний;
- Герпес в активной фазе, инфекционные заболевания кожи;
- Психические нарушения и невротические состояния;
- Склонность к образованию келоидных и гипертрофических рубцов;
- Злокачественные новообразования;
- Наличие в предполагаемом месте установки мезонитей перманентных филлеров, биodeградируемых материалов на основе гидроксипатита кальция;
- Нарушение свертываемости крови, а также принятие кроворазжижающих лекарственных препаратов (антикоагулянтов);
- Детский возраст до 18 лет.

Меня проинформировали о возможных побочных эффектах и дали рекомендации:

- Синяки, небольшие гематомы, покраснения;
- Эритема, телеангиэктазия;
- Инфекционные осложнения;
- Отеки;
- Кратковременное покалывание конца установленной мезонити;
- Неровности кожи;
- Нарушения мимики.

Рекомендуется: в течение 1-2 недель после постановки мезонитей нельзя посещать баню и сауну, солярий, СПА (с распариванием), первую неделю нельзя принимать горячую ванну и горячий душ и умываться горячей водой. В течение недели после имплантации мезонитей нельзя заниматься активными видами спорта – теми, которые приводят к значительному усилению кровообращения в зоне воздействия и интенсивному потоотделению. В течение одного месяца рекомендовано ношение компрессионной маски. В течение месяца после установки мезонитей стоит ограничить мимическую активность и по возможности исключить проведение иных косметологических процедур.

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 выполнял(а) рекомендации врача-косметолога, не сообщил(а) или не знал(а) о своих противопоказаниях, но дал(а) свое согласие на процедуру.

Я обязуюсь выполнять рекомендации врача-косметолога.

Мне понятна информация относительно заказанных мной 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 запланированной процедуры, 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 «Нитевой лифтинг / Нитевой 3D лифтинг».

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.

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись)

(Ф.И.О. пациента)

« ____ » _____ 202__ г.