

## Информированное добровольное согласие на медицинскую услугу «Озонотерапия»

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:	A20.30.024 «Озонотерапия»
-------------	---------------------------

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

**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.

**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 «**Озонотерапия**» 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, рекомендации после проведения процедуры. 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-специалиста, а также привлекаемых по его усмотрению ассистентов и персонал, провести процедуру «**Озонотерапия**».

**Мне понятна суть и характер** указанных выше процедур.

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

**Я осознаю**, что возможны ощущения во время процедуры – ощущение тепла, головокружение, чувство покалывания и другие неприятные ощущения.

**Я предупрежден(а), что противопоказаниями для процедуры «Озонотерапия» являются:**

- Болезни, протекающие в острой форме или хронические на стадии обострения.
- Индивидуальная непереносимость компонентов раствора.
- Бронхиальная астма, патологии дыхательных путей.
- Гинекологические, мочеполовые инфекции.
- Сахарный диабет любого типа.
- Атеросклероз.
- Венозная недостаточность.
- Гепатит любой формы.
- Аутоиммунные расстройства.
- Синдром хронической усталости.
- Возраст младше 18 лет.

**Я предупрежден(а), что возможны побочные эффекты после проведения процедуры «Озонотерапия»:**

- головные боли;
- симптомы интоксикации: тошнота, рвота;
- появление сыпи — первый признак аллергической реакции;
- образование тромбов;
- открытие внутреннего кровотечения;
- ухудшение свертываемости крови;
- ожог органов дыхания (при вдыхании).

**Мне разъяснена информация о** возможных реакциях после процедуры (гематомы, ссадины на местах установки игл для инъекций).

**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 специалиста после проведения процедуры, не сообщил(а) или не знал(а) о своих противопоказаниях, но дал(а) свое согласие на процедуру.

**Я обязуюсь** выполнять рекомендации специалиста.

**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 запланированных процедур, альтернативных форм лечения, риска не проведения процедур, и риска и опасности для здоровья, связанных с проведением предстоящих процедур.

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

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

**Я ознакомлен(а)** в доступной для меня форме с содержанием прав и обязанностей пациента, предусмотренных 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.

(дата)