ООО «Проф-Косметология-Щелково»

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

«_____» _____ _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина)

_____

(адрес регистрации гражданина)

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

даю информированное добровольное согласие на: 1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). 7. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно. 8. Медицинский массаж. 9. Лечебная физкультура; физиотерапевтическое лечение, аппаратное лечение для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи; в Общество с ограниченной ответственностью «Проф-Косметология-Щелково»

Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

тел.:

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Я согласен (а) на проведение анестезии под руководством врача по мере необходимости.

Я согласен (а), что входе вмешательства могут возникнуть обстоятельства, требующие внесение изменений от предыдущих планов и даю специальное разрешение на их лечение, включая оказание неотложной помощи в случае необходимости, а также привлекать других специалистов для оказания мне полноценной помощи.

Я понимаю, что целью лечения является улучшение своей внешности и возможно, что некоторые недостатки сохраняться и ожидаемый результат будет не полным, что результат лечения зависит от индивидуальной чувствительности на вводимый препарат, способности моей кожи к образованию фиброза и других индивидуальных реакций. Я понимаю, медицина не точная наука и никто не может гарантировать абсолютный результат, и подтверждаю, что не получил (а) таких гарантий.

Я был (а) проинформирован о том, что количество процедур и (или) количество продукта, необходимых для достижения желаемого эффекта, невозможно знать заранее и это зависит от индивидуальных особенностей конкретного пациента.

Я согласен (а) выполнять инструкции и назначения врача, соблюдать предписанный режим в меру своих возможностей, в период до и после процедуры.

Я подтверждаю, что сообщил (а) в письменном виде полные данные о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, состоянии здоровья, приеме лекарственных препаратах, вредных привычках и понимаю необходимость сообщать врачу в письменной форме в случае изменения состояния здоровья в дальнейшем.

Я предупрежден (а) и согласен (а), что во время процедур и консультаций целью контроля за правильностью выполнения (и качеством) медицинских методик ведется фото-, видео- документирование процедур, которое может быть использовано в научных целях или при консультации с другим специалистом, в случае необходимости, но не будет нарушать моих конституционных прав на неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность.

Мне подтвердили конфиденциальность сообщенной мной информации в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я полностью понял (а) все вышеперечисленное и сказанное моим врачом и осознано дою согласие на проведение процедуры. Второй экземпляр настоящего информированного согласия получил (а) на руки.

_____ _____

(подпись) *(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, телефон)*

_____ _____

(подпись) *(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)*

«____» _____20____ г.

(дата оформления)