Приложение №1 к Договору на оказание платных медицинских (косметологических) услуг № от «\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г

Информированное добровольное согласие на процедуру **«Интрадермальное (периостальное) введение имплантатов на основе полимолочной кислоты»**

г. Краснодар «{nowd}» {nowMMMM} {nowyear}\_г.

Я, {fio}(Ф.И.О.) {birthDay} ( дата рождения),

Зарегистрированный(ая) по адресу: {address}

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.

**Даю согласие на оказание медицинского вмешательства в ООО «Клиника Соколовой».**

**Вид медицинского вмешательства:** **«Внутридермальное (периостальное) введение имплантатов на основе полимолочной кислоты»**.

**Препарат: REBORN область введения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дозировка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Стоимость услуги соответствует Прейскуранту Исполнителя и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.**

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включённых 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”.

**До момента начала оказания услуги, мне разъяснено и мною осознано следующее:**

**1).** Мне разъяснена информация о конкретном медицинском работнике (враче), предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу от имени

Исполнителя (его профессиональном образовании и квалификации)

**2)** Я согласен (а) с тем, что используемая технология оказания данного вида платных медицинских услуг не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана качественно и с соблюдением всех необходимых требований, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.

**З)** Я осознаю и понимаю, что для получения наилучших результатов проводимой процедуры я должен (на) соблюдать все назначения, рекомендации и советы врача (как устные, так и письменные). Я подтверждаю, что меня уведомили о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врачей, в том числе

назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.

**4)** Я понимаю, что для достижения необходимого результата, возможно, потребуется неоднократные проведение данного вида процедуры (медицинского вмешательства). Мне известно, что 100%-ной гарантии хороших результатов лечения, в целом, дано быть не может.

**5)** До моего сведения доведено, что данный вид платных медицинских услуг не связан с устранением непосредственной угрозы для моей жизни, поэтому потребность в нем не является абсолютной.

**6) Мною осознано, что:**

Эффект восполнения объема и разглаживания морщин виден непосредственно после введения препарата. Однако, примерно через 7-14 дней наблюдается небольшое уменьшение объема, который вновь восстанавливается через 4-8 недель.

**Показаниями к процедуре являются:**

- складки и морщины разной глубины;

- шрамы и рубцы;

- неправильная форма, птоз бровей;

- недостаточный объем тканей в области щек, подбородка, губ и скул, липодистрофия и западение щек и висков;

- старение кожи рук (складки, сухость выступившие вены);

- возрастные изменения в области живота, бедер (складки, обвисшая кожа);

- проблемы с рельефом кожи;

- асимметрия лица;

- борьба с акне.

**Противопоказаниями к процедуре являются:**

- инфекционное заболевание;

- нарушение свертываемости крови, гемофилия;

- воспаление на тех участках, где планировалось делать инъекции;

- беременность и лактация;

- герпес в активной фазе;

- склонность к появлению келоидных рубцов;

- онкологические и аутоимунные заболевания;

- непереносимость препаратов полимолочной кислоты.

**7)**Я информирован (а) о методике проведения процедуры. Лечащий врач проинформировал меня о порядке и правилах проведения процедуры, составе используемого препарата. Я предупрежден(на) об особенностях проведения процедуры и времени наступления ожидаемого эффекта. Лечащий врач проинформировал меня о том, что в зависимости от места инъекции, типа кожи и техники введения длительность эстетического эффекта от применения препарата может варьироваться от 3 месяцев до одного года. Иногда возникает необходимость дополнительной коррекции.

**8)**Врачом мне объяснено следующее:

* Имплантаты временного действия после истечения срока их действия в тканях, оговоренного фирмой-производителем, полностью рассасываются, и корректированная область вновь приобретает вид, который имела до момента введения препарата
* Срок действия рассасывающихся препаратов может укорачиваться или удлиняться относительно сроков, оговоренных фирмой-производителем, и это может зависеть от особенностей протекания биохимических процессов в моем организме

**9)** Я понимаю, что две половины человеческого лица всегда ассиметричны и имеют некоторые различия в форме и размерах, и эти различия остаются после процедуры

**10)**Мне разъяснено, что возможны побочные эффекты**:** болевые ощущения в момент и после проведения процедуры в течение 1-2 дней; локальная гиперемия, гематомы; отёчность 2-3 дня; покраснения в местах инъекций; аллергические и вегетативные реакции; резкое падение артериального давления; активизация вторичной инфекции и герпеса.

**11)**Мне полностью ясно, что нарушение мною врачебных рекомендаций и требований может способствовать развитию осложнений (местных и общих). Это, в свою очередь, может ухудшить результаты коррекции и потребовать дополнительного лечения. Если это произойдет по моей вине, я несу за это полную ответственность, в том числе и материальную.

**11)**Я даю добровольное согласие на проведение предложенных процедур.

Исполнитель:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) Заказчик:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_({shortfio})

(Подпись врача, указание Ф.И.О врача) (Подпись Заказчика, указание Ф.И.О.)

**Процедура Внутридермальное (периостальное) введение имплантатов на основе полимолочной кислоты** мне оказана. Претензий к ООО «Клиника Соколовой» и врачу, проводившему процедуру, не имею \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_({shortfio})

(Подпись Заказчика, указание Ф.И.О.)