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

## Информированное добровольное согласие на процедуру:

## «Игольчатый RF-лифтинг»

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: Фракционный игольчатый RF-лифтинг.

**Аппарат:** Secret-RF **область обработки: лицо**

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

Мне в доступной для меня форме 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, 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)** **Я проинформирован(а), о том, что:**

**Показаниями к процедуре являются:**

* дряблая, потерявшая упругость, кожа
* нечеткий овал лица, птоз мягких тканей
* второй подбородок
* нависшие верхние веки
* морщины
* глубокие носогубные складки
* целлюлит
* растяжки, шрамы, рубцы
* акне и постакне

**Противопоказаниями к процедуре являются:**

* повышенная чувствительность кожных покровов;
* патологии соединительных тканей;
* обострение хронических заболеваний;
* острый период вирусных и бактериальных инфекций;
* период беременности, лактации и менструации;
* наличие установленных протезов, имплантатов и кардиостимуляторов;
* онкологические новообразования;
* сахарный диабет;
* тяжелая форма артериальной гипертонии;
* экзема, раны и кожные воспалительные процессы;
* наличие родинок в зоне воздействия;
* обострение аллергии;
* нервно-психические нарушения;
* сбой гормонального фона.

**7)** Мне разъяснено, что после проведения игольчатого RF-лифтинга может наблюдаться отечность и покраснение кожи, которые проходят как правило после 3-4 часов с момента проведения процедуры, иногда после 1-2 суток (индивидуальная чувствительность).

**Я обязуюсь соблюдать следующие рекомендации:**

* в течении 2-3 дней исключить воздействие на кожу агрессивных косметических или медицинских препаратов (химический пилинг и т.п.);
* в течении 3-4 дней ограничить посещение бани, сауны и бассейна;
* исключить повышенные физические нагрузки в течении 3-4 дней после сеанса;
* избегать избыточного воздействия ультрафиолета на обработанные участки - до 2 недель;
* использовать дневной крем с высоким солнцезащитным коэффициентом (25 SPF и выше) и оберегать обработанный участок от воздействия солнечных лучей на протяжении не менее одного месяца с момента выполнения процедуры.

**8)** Я сообщил (а) информацию обо всех имевших место случаях аллергических или необычных (парадоксальных) реакций на медикаментозные препараты, анестетики, пищевые продукты, предметы бытовой химии, косметические и другие средства. Я сообщил (а) информацию о ранее перенесенных мной заболеваниях и принимаемых/применяемых мною медикаментах, лекарственных средствах и т.п. Я сообщил (а), что не состою на диспансерном учете у специалистов, и другие сведения, запрашиваемые врачом.

**9)**Я разрешаю делать фотографии и использовать их для оценки эффективности проводимых процедур, также я разрешаю использовать данные фотографии в образовательном процессе, профессиональных публикациях и в коммерческих целях при условии, что меня невозможно будет опознать на данных фотографиях.

**10)**Я удостоверяю, что ознакомился (ась) с вышеперечисленным. Понял(а) и согласен(на) на проведение данного вида платных медицинских услуг

Полученные объяснения врача мне понятны и меня удовлетворяют. Со мою были обсуждены все правила, которых надо придерживаться до и после процедур. Мне была разъяснена сущность процедуры, ее потенциальная польза и факторы риска. На все мои вопросы я получил(а) ответ.

**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 «Игольчатый RF-лифтинг» мне оказана. Претензий к ООО «Клиника Соколовой» и врачу, проводившему процедуру, не имею

**({shortfio})**

(Подпись Заказчика, указание Ф.И.О.)