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

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

**Препарат: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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) Я проинформирован(а), о том что:**

**Показаниями к процедуре являются:**

* Коррекция скуловой области;
* Коррекция формы губ;
* Коррекция носогубных складок;
* Пластика подбородочной области;
* Коррекция овала лица, мочек ушей;
* Коррекция морщин в области рта;
* Коррекция периорбитальной области;
* Коррекция асимметрий лица( посттравматическая (в результате аварий, после пластических операций(ринопластика, ментопластика, «заячья губа» и пр.),наличие западающих шрамов и рубцов.
* Коррекция морщин в области шеи
* Восполнение объема мягких тканей на кистях

**Противопоказаниями к процедуре являются:**

* Прием антикоагулянтов и препаратов, снижающих свертываемость крови;
* Инфекционные заболевания ЛОР органов в стадии обострения;
* Индивидуальная непереносимость, повышенная чувствительность к компонентам препарата;
* Онкологические заболевания;
* Наличие аутоиммунных заболеваний;
* Беременность, период лактации;
* Наличие склонности к образованию гипертрофических и келоидных рубцов;
* Хронические заболевания внутренних органов в стадии декомпенсации;
* Воспалительные процессы кожных покровов грибковой, вирусной и бактериальной этиологии;
* Нарушение свертываемости крови;
* Повышение температуры тела и лихорадочное состояние;
* Психические отклонения, эпилепсия и панический страх перед иглой;
* Травмированная кожа в области воздействия;
* Дерматологические заболевания в стадии обострения;
* Эндокринологические заболевания;
* Присутствие в зоне коррекции постоянных или других имплантов;

**Возможные осложнения**:

* Гематомы;
* Отечность после инъекций (является естественной воспалительной реакцией тканей на любую травму);
* Нарушение чувствительности;
* Появление пигментации в местах введения филлера;
* Эффект Тиндаля.

**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 варьировать от 6 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 имел а 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.

**12) Я подтверждаю, что ранее**

**Никакой имплантат не вводился**

**Вводился имплантат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(какой и когда)**

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

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

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

(Подпись Заказчика, указание Ф.И.О.)