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

## Информированное добровольное согласие на процедуру «Блефаропластика»

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:** Лазерный лифтинг верхних и/или нижних век.

**Область обработки: верхнее и/или нижнее веко**

**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:**

* потеря эластичности кожи и упругости кожи;
* мелкие и глубокие морщины;
* мешки и отечность под глазами;

**Противопоказаниями к процедуре являются:**

* наличие аллергии на используемые составы для обезболивания и обеззараживания кожи;
* наличие онкологических образований;
* ярко выраженная воспалительная реакция или сильное нагноение раны;
* заболевания сердца и сосудов, а также почек, печени и легочной системы;
* эндокринные патологии и эпилепсии;
* обострение хронических болезней;
* нарушение состава крови (анемия, повышенная/пониженная свертываемость);
* наличие простудных заболеваний или повышенная температура тела;
* пониженный иммунитет или его отсутствие (ВИЧ, частые простуды);
* беременность, лактация, период менструальных выделений.

**7) Мне разъяснено, что возможны последствия восстановительного периода, связанные с действием лазерного лифтинга:**

покраснения кожи, слезоточивость, отечность в месте воздействия, образование подкожных гематом, болезненные ощущения. Кожный покров восстанавливается в течение 5-7 суток. Состояние кожи улучшается в течение 3-6 месяцев после окончания курса.

**8)** **Мне разъяснено, что возможны побочные явления, связанные с действием лазерного лифтинга в виде:** гиперпигментации, воспалений (в случае несоблюдения рекомендаций), рубцов.

**Я обязуюсь соблюдать следующие рекомендации:**

* Нельзя пользоваться скрабами и пилингами в течение всего восстановительного периода после процедуры ( 2-3 недели) .Необходимо дать коже полностью восстановиться, прежде чем начинать ухаживать за ней привычным для Вас образом.
* Избегать воздействия высоких температур в течение первых 2-х недель (горячие компрессы, баня, сауна)
* При наличии эритемы (покраснения кожи) в зоне обработки, чтобы снизить интенсивность шелушения после проведения процедуры чистки лица, необходимо наносить крем «Бепантен» 3- 4 (три – четыре) раза в день до исчезновения покраснений и шелушения.
* Следует 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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(Подпись врача, указание Ф.И.О врача)

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

(Подпись Заказчика, указание Ф.И.О.)

**Процедура** холодная плазма мне оказана. Претензий к ООО «Клиника Соколовой» и врачу, проводившему процедуру, не имею \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_({shortfio})

(Подпись Заказчика, указание Ф.И.О.)