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

Информированное добровольное согласие на процедуру **«Мезотерапия» «Биоревитализация»**

(нужное подчеркнуть)

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: «Мезотерапия»/ «Биоревитализация»**

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

**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:**

1)возрастные изменения кожи - морщины, [тусклый цвет лица](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cosmetology/dull-complexion), сухая и атоничная кожа, пигментация, [темные круги](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cosmetology/eyes-dark-circles)  и [«мешочки» под глазами](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/problem-anaplasty/eye-purses), изменение овала лица, фотостарение;

2) лечение проблем  кожи: [себоре](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_trihology/seborrhea)я, угревая болезнь  вне обострения, [купероз](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cosmetology/kuperoz), [розацеа](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_dermatologia/rosacea), застойные пятна и рубцы  [постакне](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cosmetology/post_acne)

3)восстановление кожи после пластических вмешательств, [пилингов](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/face-peeling/) и лазерной шлифовки.

4)липолитическая мезотерапия эффективна для устранения [«второго» подбородка](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/problem-anaplasty/dewlap), целлюлита и избыточных локальных жировых отложений.

4)[пористая](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cosmetology/porous-skin) и [жирная кож](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cosmetology/oily-skin)а

5)лечение сухости, [ломкости](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_trihology/dry_brittle_hair), поредения и раннего поседения волос, [алопеции](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_trihology/alopecia), [перхоти](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_trihology/dandruff), повышенного салоотделения.

**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;

**Я ознакомлен(а) со следующими рекомендациями:**

* Нельзя пользоваться скрабами и пилингами в течение всего восстановительного периода после процедуры (около 1-2 недель)
* Избегать воздействия высоких температур в течение 2 недель
* В тот же день после процедуры можно умываться водой и нейтральным очищающим средством, но постараться в течение 24 часов после процедуры меньше трогать лицо руками.
* Можно наносить минеральный макияж, использовать привычный увлажняющий крем.
* При появлении синяков и отеков после инъекций использовать «Траумель», локально.
* 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.
* Выполнение каких-либо других инъекционных или аппаратных косметологических методик возможно только через 2 недели.

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

**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 «Мезотерапия»/ «Биоревитализация» препаратом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** мне оказана. Претензий к ООО «Клиника Соколовой» и врачу, проводившему процедуру, не имею \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_({shortfio})

(Подпись Заказчика, указание Ф.И.О.)