

ООО «СКИН ФАБРИКА»

Информированное добровольное согласие
пациента на оказание косметологических услуг
Аппликационная анестезия

Уважаемые пациенты!

Любое медицинское вмешательство обращено к достижению блага для здоровья. При этом необходимым является и частичное повреждение здоровья. Именно в информированном согласии выражается то, на что рассчитывает получатель медицинской услуги и чем он готов поступиться ради этого в отношении своего здоровья. В информированном согласии получатель и исполнитель медицинской услуги согласуют как предполагаемое благо для здоровья, так и возможные негативные последствия, оправданные необходимостью достижения такого блага

Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство**, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, **допустимо только после получения врачом** добровольного информированного **согласия пациента в письменной форме**.

Информированное добровольное согласие на комплекс обследований дается пациентом либо его законным представителем **каждый раз при посещении врача и при изменении плана лечения**

Я, пациент (законный представитель), _____
(Ф.И.О. заполняется собственноручно пациентом)

ДАННАЯ ГРАФА ЗАПОЛНЯЕТСЯ, ЕСЛИ НАСТОЯЩЕЕ СОГЛАСИЕ ДАЕТСЯ ЗАКОННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ в отношении:

- 1) лица, не достигшего возраста, установленного частью 5 статьи 47 и частью 2 статьи 54 Федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан в РФ”, или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;
- 2) несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста)

Я, _____ (ФИО), действующий (ая) от имени _____ (ФИО ребенка, иного представляемого лица),
_____ года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: _____

Проинформирован(а) о методике, особенностях и ожидаемом результате косметологических услуг и даю согласие на проведение анестезии в необходимых мне областях путем нанесения анестезирующего крема.

Длительность обезболивающего эффекта варьируется от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика, длительности его нанесения и индивидуальной восприимчивости организма. Анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности поверхностных слоев кожи и слизистых в области обезболивания.

Я отрицаю наличие у меня непереносимости к компонентам анестезирующего препарата (в том числе лидокаина, ультракаина, артикаина и прилокаина).

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях услуг и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно значение всех слов и терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью карты клиента, договора на оказание платных косметологических услуг и понимаю, что их подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на вмешательство на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Я согласен(а) на передачу сведений о приеме в соответствии с п. 3 пп «е» Постановления Правительства N 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения»

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство на предложенных условиях, у меня отсутствуют иные вопросы вследствие полного осознания существа оказываемой косметологической услуги, о чем расписываюсь собственноручно. Мною добровольно, осознанно и свободно дано настоящее согласие на вмешательство.

Я предупрежден (-а), что в случае возникновения какого-либо осложнения или в случае ухудшения состояния здоровья после процедуры, мне следует немедленно обратиться к врачу. Мне понятно, что при возникновении других, не перечисленных выше явлений или при длительности реакций свыше указанных, мне следует немедленно сообщить об этом администратору или врачу ООО "СКИН ФАБРИКА" по телефону: +7 (992) 109-90-11.

Подпись пациента: _____ V / _____
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел: _____ / _____
(подпись специалиста) (Фамилия ИО)

Дата «__» _____ 20__ г.