

ООО "Привилегия плюс"  
630901 г.Новосибирск, ул. Селенгинская, д.4а  
+73832392919

**Информированное добровольное согласие на услугу Очищение кожи лица и шеи. Вапоризация кожи лица. Наложение горячего компресса на кожу лица. Очищение кожи лица с помощью ложки Уны. Удаление камедонов кожи. Удаление милиумов кожи. Удаление кожного сала. Наложение маски на лицо. (Косметический уход)**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина) \_\_\_\_\_ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя) даю информированное добровольное согласие на услугу Очищение кожи лица и шеи. Вапоризация кожи лица. Наложение горячего компресса на кожу лица. Очищение кожи лица с помощью ложки Уны. Удаление камедонов кожи. Удаление милиумов кожи. Удаление кожного сала. Наложение маски на лицо. (Косметический уход), включенную 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. 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи в

**ООО "Привилегия Плюс"**

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником врач косметолог дерматолог Куликова Лариса Михайловна \_\_\_\_\_ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне 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 известны показания к услуге и противопоказания к ней: Показания: признаки уставшей, стареющей кожи, снижение мышечного тонуса, морщины, обезвоженность, потеря эластичности, гиперпигментация Противопоказания: воспалительные процессы в стадии обострения, аллергические реакции на определенный ингредиент. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных 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" (9. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается: 1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю) Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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).

\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника).

Дата \_\_\_\_\_.