

ООО "Привилегия плюс"
630901 г.Новосибирск, ул. Селенгинская, д.4а
+7(383)2392919

Информированное добровольное согласие на услугу Дарсонвализация кожи

Я _____ (Ф.И.О. гражданина г рождения)

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на услугу Дарсонвализация кожи, 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. ГМ 390н для получения первичной медико-санитарной помощи в

ООО "Привилегия Плюс"
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником 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: себорея, алопеция, послеоперационные отеки, угревая болезнь, гематомы Противопоказания: воспалительные процессы, заболевания сердечно-сосудистой системы. купероз, заболевание вен, беременность, дети до 10 лет. множественные родинки и бородавки, гипертрихоз, индивидуальная непереносимость 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. ГМ 323-ФЗ "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. ГМ 323-ФЗ "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)

_____ (ФИО пациента подпись)

_____ (ФИО медработника подпись).

_____ (дата оформления).