

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

Информированное добровольное согласие на услугу Массаж

Я _____ (Ф.И.О. гражданина год рождения,)

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на услугу Массаж, 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. Приказ 390н, для получения первичной медикосанитарной 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: локальные жировые отложения, вялость МЫШЦ, целлюлит, нарушение микроциркуляции Противопоказания: хронические заболевания в стадии обострения, нарушение кожного покрова в месте воздействия. 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 "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. ГМ 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 ФИО пациента).

_____ (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

_____ (дата оформления).