**Информированное добровольное согласие**

**на процедуру магнитолазеротерапии**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_ г.р., зарегистрированный(ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, даю добровольное информированное согласие на услугу, 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 Центр эстетической медицины «Консул СТ»

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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 и противопоказания к ней:

Показания: пародонтит, гнойные и воспалительные заболевания (при раскрытом очаге), артрит ВНЧС, невралгические, нейропатические боли, сиалоаденит, альвеолит, периодонтит;

акне, угревая болезнь, гнезнаяалопеция, воспалительные заболевания с признаками нагноения (абсцессы, фурункулы, гидрадениты, карбункулы и т.п.), трофические язвы, хронические заболевания кожи (псориаз, экзема, нейродермит), трещины ануса, анальный зуд, целлюлит: все стадии (выполняется после LPG массажа), комплексная терапия омолаживающих процедур кожи лица, шеи, рук.

Противопоказания: хронические заболевания с выраженной патологией (выраженный тиреотоксикоз, гипертоническая болезнь IIIстепени, резко выраженный атеросклероз сосудов головного мозга, гипотония выраженная, злокачественные новообразования, болезни крови, недостаточность кровообращения II и IIIстадий, психические заболевания с явлениями психомоторного возбуждения, заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации);

острые заболевания и некоторые другие состояния (активный туберкулез, все сроки беременности, лихорадочное состояние, кровотечения и склонности к ним, общее тяжелое состояние больного, острые воспалительные процессы в брюшной полости и в женской половой сфере, острая хирургическая патология, требующая неотложного оперативного вмешательства, ранний постинфарктный период, искусственные водители сердечного ритма (в т.ч. кардиостимулятор), расстройства мозгового кровообращения (острый период), резкое истощение организма, почечно-печеночная недостаточность.

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. № 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 или 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. №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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

(дата оформления)