

**Информированное добровольное согласие**

**на процедуру криопластии на аппарате Cryolift**

Я, {ФамилияИмяОтчество}, {ДатаРождения} г.р., зарегистрированный(ая) по адресу {АдресРегистрации}, 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 {Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}

(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: возрастные изменения кожи, жирная и пористая кожа, отечность тканей, изменение эластичности кожи лица, шеи, декольте, реабилитация после хирургических операций, реабилитация после механических, химических, лазерных пилингов, усиление и пролонгирование эффекта мезотерапевтических программ.

Противопоказания: холодовая крапивница, острые воспалительные процессы в области воздействия, обострение хронических заболеваний (гайморит, пульпит), воспаление лицевого нерва, патология сосудистой стенки и свертываемости крови, акне, заболевания, которые провоцируются холодовым фактором.

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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/{ФамилияИмяОтчество}

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/{Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}

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

{ТекущаяДатаПолная} г.

(дата оформления)