**Информированное добровольное согласие**

**на процедуру лазерной эпиляции**

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: гипертрихоз (повышенный рост волос в местах, где наличие волосяного покрова рассматривается как физиологическая норма, учитывая пол и возраст человека); гирсутизм – чрезмерный рост жёстких волос у женщин на лице, груди, спине и животе (мужской тип оволосения); сильное раздражение или воспаление кожи после бритья у мужчин; требования профессионального характера (работники пищевой промышленности, спортсмены и др.); желание иметь красивую, гладкую кожу лица, подмышечных областей, ног и пр.

Противопоказания: заболевания сердечно-сосудистой системы в фазе декомпенсации; заболевания кожи в стадии обострения; тяжёлые формы варикозной болезни; склонность к формированию келоидных рубцов; острые инфекционные заболевания и процессы воспалительного характера; очень тёмный или свежий (меньше 2 недель) загар; приём препаратов, которые повышают чувствительность кожи к свету (антибиотики, сульфаниламидные средства, нестероидные противовоспалительные препараты, антидепрессанты, мочегонные, некоторые гипотензивные средства, аромамасла и др.; беременность; онкологические заболевания; сахарный диабет.

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

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

законного представителя гражданина)

{ТекущаяДатаПолная} г.