

# ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ

Я \_\_\_\_\_

(Указать Ф.И.О. пациента. За несовершеннолетнего пациента в возрасте до 15 л. включительно добровольное информированное согласие дают его родители или иные законные представители (указать паспортные данные законного представителя, реквизиты документа, подтверждающего его полномочия как законного представителя) проживающий (ая) \_\_\_\_\_

(адрес регистрации (фактического проживания) пациента; в случае подписания информированного согласия законным представителем пациента указать адрес регистрации (фактического проживания) законного представителя пациента) в соответствии со статьей 20 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю добровольное согласие на проведение в случае необходимости следующих диагностических процедур и манипуляций, проводимых в центре красоты и здоровья БИО ЭСТЕТИК ООО «БЬЮТИ»:

- медицинская консультация, а именно опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза ,термометрия, тонометрия, антропометрические исследования
- осмотр врача дерматовенеролога, врача косметолога (дежурного, лечащего, врача-специалиста и т.д. )

Я даю добровольное согласие на проведение в случае необходимости следующих лечебных процедур и манипуляций:

- пероральный прием лекарственных препаратов
- парентеральное введение лекарственных препаратов по назначению врача (подкожные, внутримышечные и внутривенные инъекции, внутривенные вливания)
- физиотерапевтические процедуры
- наложение повязок различного рода

Я даю добровольное согласие на проведение в случае необходимости оперативного вмешательства при условии дополнительного информирования об этом.

В случае возникновения во время обследования и лечения непредвиденных осложнений, угрожающих моему здоровью, я даю согласие на изменение характера лечения (в том числе объема оперативного вмешательства), проведение срочных диагностических, лечебных и организационных мероприятий, направленных на немедленное устранение всех болезненных состояний независимо от степени их тяжести и угрозы жизни, предусмотренные утверждёнными стандартами оказания медицинской помощи, действующими на территории Российской Федерации.

Мне будут в доступной форме разъяснены альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа от обследования и лечения.

Я могу отказаться от наблюдения в центре красоты и здоровья БИО ЭСТЕТИК ООО «БЬЮТИ», обследования и лечения в любой момент, даже после подписания информированного согласия.

Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения от медицинского персонала мною поняты, возможный риск предстоящего исследования, манипуляции, операции (включая летальный исход) мною осознан.

Я понимаю, что медицинским персоналом будут приниматься все необходимые меры для моего излечения, но никаких гарантий или обещаний относительно результатов лечения не может быть предоставлено.

Я понимаю, что мне может быть дана информация о том, кто именно будет выполнять исследование, манипуляцию, операцию, однако мне гарантируется, что данное лицо имеет соответствующую квалификацию и опыт, предусмотренный положениями действующего законодательства Российской Федерации.

Я знаю, что в моих интересах сообщить медицинскому работнику обо всех имеющихся у меня и известных мне проблемах со здоровьем, аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарств, о наличии у меня в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам.

Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, а также сокрытие информации о состоянии моего здоровья может способствовать развитию местных и/или общих осложнений или даже стать их причиной.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.

Врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

подпись

Ф.И.О.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ года

/

\_\_\_\_\_  
подпись пациента (законного представителя пациента)

ФИО пациента (законного представителя пациента)