

Информированное добровольное согласие на услугу:

Контурная пластика лица. Подкожная контурная пластика. (Контурная пластика)

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина)

" ____ " _____ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на услугу Контурная пластика лица. Подкожная контурная пластика. (Контурная пластика), 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. N 390н , для получения первичной медико-санитарной помощи в _____.

(полное наименование медицинской организации)

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 к услуге и противопоказания к ней:

Показания: наличие морщин и складок, уменьшение объема, наличие гипотрофических и атрофических рубцов

Противопоказания: гемофилия, беременность, лактация, кожные заболевания, сопровождающиеся феноменом Кебнера, аутоиммунные заболевания, инфекционные заболевания (в частности, ЛОР органов) в стадии обострения, вирусная инфекция в стадии обострения (Herpes Simplex), индивидуальная непереносимость компонентов препарата, нарушение свертываемости крови, гемофилия, прием антикоагулянтов и антиагрегантов, лихорадочные состояния, психические нарушения и невротические состояния, предрасположенность к келоидным рубцам, низкая репаративная способность кожи, неполное восстановление кожи после проведения инвазивных

процедур (лазерная шлифовка, дермабразия или глубокий пилинг), наличие в местах предполагаемых инъекций перманентных филлеров, биodeградируемых метериалов на основе полимолочной кислоты, коллагена или гидроксиапатита кальция

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. N 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. N 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)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

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

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

" ____ " _____ г.

(дата оформления)

