

Информированное добровольное согласие на проведение медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие, в ООО «ОРХИДЕЯ»

город Чебоксары

« ____ » _____ 202 ____ г.

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со ст.20 Федерального закона РФ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента (или его законного представителя) – полностью, дата рождения),

(адрес места жительства)

находясь на лечении в ООО «ОРХИДЕЯ», ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данной медицинской организации и обязуюсь их соблюдать.

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) курса следующих процедур:

(подпись с расшифровкой при выборе конкретной процедуры)

1.	удаление бородавок, папиллом, милиумов, ксантелазм, акне, невусов, гемангиом, телеангиэктазий, «винных пятен» и иных доброкачественных новообразований с применением лазерной коагуляции (деструкции)	_____ <i>(подпись, фамилия, И.О.)</i>
2.	лазерная шлифовка кожи на фракционном СО ₂ лазере	_____ <i>(подпись, фамилия, И.О.)</i>
3.	фототерапия кожи	_____ <i>(подпись, фамилия, И.О.)</i>
4.	фотоэпиляция	_____ <i>(подпись, фамилия, И.О.)</i>
5.	местная анестезия	_____ <i>(подпись, фамилия, И.О.)</i>

Я прошу персонал медицинского учреждения о ее(их) проведении.

Подтверждаю, что мне разъяснены все вопросы по лечебному эффекту, сроку действия, противопоказаниях, осложнениях, методике проведения лазерной коагуляции (деструкции), шлифовки кожи, фототерапии, фотоэпиляции, местной анестезии.

Мне разъяснено и я осознаю, что во время манипуляции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и непреднамеренные осложнения. В таком случае я согласен(а) на то, что ход вмешательства может быть изменен врачом по его усмотрению, что может потребовать от меня дополнительных денежных и временных затрат.

Я информирован(а) о возможном риске развития осложнений и неприятных ощущений в виде: аллергической реакции, болезненности, отечности, гиперпигментации, покраснения кожи, появление корочки, рубца на месте удаления новообразования при лазерной коагуляции (деструкции), волдырей, возможно наличие небольшой гематомы (синяков), рецидива.

Мне разъяснено, что при ухудшении самочувствия после проведения процедуры необходимо явиться на медицинский осмотр в ООО «ОРХИДЕЯ», не прибегая к помощи специалистов других медицинских учреждений, а также согласовать с врачом прием любых, не прописанных лекарственных препаратов, мазей, кремов и т.д. В случае вмешательства других медицинских учреждений на любой стадии лечения ООО «ОРХИДЕЯ» не несет ответственности за его конечный результат.

Я предупрежден(а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные вмешательства, в т.ч. в связи с возможными осложнениями или особенностями течения заболевания, индивидуальными особенностями моего организма, размерами патологического очага и объемом вмешательства и даю свое согласие на него.

При первичной консультации с врачом я честно и добросовестно ответил(а) на все вопросы, касающиеся моего состояния здоровья на момент приема, представил(а) информацию об имеющихся, перенесенных и наследственных заболеваниях.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с данной процедурой. На заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Моё решение является свободным, добровольным, осознанным и представляет информированное согласие на проведение вышеуказанных мною манипуляций, что я и удостоверяю своей подписью:

Подпись Пациента _____

Ф.И.О. пациента

Расписался(лась) в моем присутствии

Подпись врача _____

Ф.И.О. врача