

**Информированное добровольное согласие пациента
об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг по удалению доброкачественных
новообразований кожи аппаратом ЭХВЧ (далее - Согласие пациента)
Обществу с ограниченной ответственностью «Здоровье» (Клиника «Бэбибум»)**

Я, пациент/законный представитель пациента _____

паспорт: _____, выдан: _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина — полностью, год рождения)

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг б/н от «___» _____ 20__ года, согласен получить платные медицинские услуги в ООО «Здоровье» (Клиника «Бэбибум») при этом мне разъяснено, мною понято и осознано следующее:

Настоящим подтверждаю, что я проинформирован(а) и даю свое добровольное согласие на: удаление доброкачественных новообразований кожи аппаратом ЭХВЧ.

Я предупрежден(а), что противопоказаниями к использованию электрохирургических методов являются:

1. Абсолютное противопоказание – наличие у пациента кардиостимулятора;
2. Сердечно-сосудистые заболевания в остром периоде, а также гипертоническая болезнь III стадии, частые приступы стенокардии;
3. Инфекционные заболевания, лихорадочные состояния;
4. Индивидуальная непереносимость электрического тока;
5. Наличие металлических протезов, штифтов, имплантов;
6. Почечная недостаточность тяжелой степени;
7. Беременность.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим (моего ребенка) здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (моим ребенком) травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, а также сокрытие информации о состоянии здоровья меня (моего ребенка) может способствовать развитию осложнений.

Я извещен(а) о том, что мне необходимо немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия.

Я информирован(а) о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Дополнительную информацию мне могут предоставить по телефону ООО «Здоровье» (Клиника «Бэбибум») в рабочее время клиники (все телефоны и рабочие часы указаны на сайте: <https://babyboom-33.ru/>). Я имею возможность задать любые дополнительные вопросы персоналу ООО «Здоровье» (Клиника «Бэбибум») по поводу предоставленных мне услуг и получить на них ответы.

Я согласен(а) на использование моих персональных медицинских данных, полученных в ходе предоставляемых мне медицинских услуг ООО «Здоровье» (Клиника «Бэбибум»), в научных целях в среде медицинского сообщества с обязательным условием соблюдения правил конфиденциальности.

Я подтверждаю, что мне ответили на все вопросы, заданные мной, и я согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа.

Я подтверждаю, что настоящее Согласие пациента мной прочитано и мне разъяснено, его содержание мне понятно. Я согласен нести ответственность в случае нарушения мною пунктов данного документа, снимая в этом случае ответственность за мое здоровье с ООО «Здоровье» (Клиника «Бэбибум»).

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и я добровольно даю свое согласие на получение медицинской услуги, предоставляемой ООО «Здоровье» (Клиника «Бэбибум»).

Я понимаю, что данное Информированное согласие является юридическим документом и влечет за собой правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью амбулаторной карты.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 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:

_____, (фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

_____, (фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

_____, (фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

Я выражаю свое несогласие со следующими пунктами: _____ (указать при наличии)

Я получил(а) экземпляр «Информированного согласия пациента» _____

Подпись пациента (законного представителя)

Дата и время _____

Ф.И.О. врача

Настоящее согласие подписано Пациентом (законным представителем) на приеме после проведения мною разъяснительной беседы. Пациент расписался в моем присутствии.

Врач _____

Подпись врача

Дата и время _____