

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
пациента на предоставление ему медицинской услуги
(курса услуг с «___» по «___» _____ 20__ г., включающий ___ процедур)
«Биоревитализация» с использованием медицинских изделий Juviderm
(A11.01.012 - Введение искусственных имплантатов в мягкие ткани)
в ООО «Элеганс Лайн»

Дата: «___» _____ 20__ г.

Я, _____,
являясь законным представителем _____,

даю информированное добровольное согласие (далее по тексту – Согласие) на предоставление медицинской услуги (курса услуг) «Биоревитализация» с использованием медицинских изделий Juviderm (A11.01.012 - Введение искусственных имплантатов в мягкие ткани) (далее по тексту – Услуга) в ООО «Элеганс Лайн» (далее по тексту – Клиника).

Места предоставления Услуги: согласно адресам мест осуществления лицензируемого вида деятельности (125310, г. Москва, ул. Малая Бронная д. 26 стр1).

Причины предоставления Услуги: наличие моего желания, медицинских показаний, технической возможности Клиники, а также отсутствие противопоказаний для предоставления Услуги.

Описание Услуги. Биоревитализация представляет собой метод безоперационного воздействия на кожу специально разработанными косметологическими препаратами на основе гиалуроновой кислоты посредством инъекционного введения препарата. Суть метода заключается в мельчайших проколах тонкой иглой проблемных зон кожи и введение препарата. Инъекции проводят гиалуроновой кислотой в толщу дермы, активизируя процессы омолаживания.

Цели предоставления Услуги: устранить эстетические дефекты кожных покровов; замедлить процессы старения организма; остановить симптоматические проявления и патологические изменения внешности; сохранить, продлить и повысить качество жизни; восстановить, улучшить и поддержать здоровье.

Показания к предоставлению Услуги: сухая кожа, шелушение; первые признаки старения; дряблость, утрата былого тонуса; потеря эластичности; недостаток витаминов; землистый цвет лица; нарушение метаболизма в клетках; наличие мимических морщинок; синяки и отеки под глазами; прогрессирующий купероз; угри, прыщи, пористость кожи; рубцы, небольшие шрамы; размытый овал лица; обвисание щек, появление двойного подбородка; лицевые спазмы мышц; период реабилитации после пластических операций; сухая и увядающая кожа; сильная обезвоженность кожи; наличие пигментных пятен, увеличение объема мягких тканей лица, временная коррекция кожных дефектов (морщин, глубоких складок).

Противопоказания к предоставлению Услуги: непереносимость по отношению к грамм-положительным бактериям (стрептококковая триада); использование ранее перманентных (постоянных) филлеров для проведения подобной процедуры; наличие в местах предполагаемых инъекций биodeградируемых материалов на основе полимолочной кислоты, коллагена или гидроксиапатита кальция; отторжение инородного тела организмом в прошлом; склонность к аллергическим реакциям (случаи анафилактического шока в анамнезе); тяжелые соматические заболевания и онкопроцессы; наличие в анамнезе аутоиммунных заболеваний или проведение аутоиммунной терапии; острые или хронические кожные заболевания в стадии обострения или опасное в плане стимуляции обострения; нарушение свертываемости крови в результате заболеваний (гемофилия), а также при применении антикоагулянтов (гепарин, кумарины, аспирин); склонность к образованию келоидный и гипертрофических рубцов; низкая репаративная способность кожи; психические отклонения, эпилепсия и панический страх перед иглой; сильное воздействие ультрафиолета до и после процедуры; период реабилитации после проведения процедур, агрессивно воздействующих на кожу (лазерные, химические, механические пилинги); беременность и период грудного вскармливания; пациенты в возрасте до 18 лет; наличие воспалительного или инфекционного процесса в месте инъекции; хронические заболевания в стадии обострения; ОРВИ.

Иные противопоказания к предоставлению Услуги обсуждаются с врачом индивидуально на основании данных, указанных в медицинской документации.

Рекомендованный курс предоставления Услуги: 3-4 сеанса с интервалом в 2-3 недели.

Риски при предоставлении Услуги: несоответствие предполагаемых ожиданий от результата предоставляемой Услуги и фактическим состоянием; возможные незапланированные финансовые расходы на предоставление побочных и дополнительных медицинских услуг; отсрочка положительного результата после предоставления Услуги до нескольких недель; возможные осложнения после предоставления Услуги и необходимость их коррекции; временное ухудшение самочувствия и общего состояния организма.

Альтернативные варианты предоставления Услуги. Я подтверждаю, что до принятия решения о

предоставлении мне данной Услуги, я ознакомлен(на) с предложенными мне альтернативными вариантами предоставления услуг, направленных на достижение целей, указанных в настоящем Соглашении. Я осознанно выбираю данную Услугу из числа предложенных и согласен(на) на её предоставление.

Предполагаемый результат предоставления Услуги. Я согласен(на) с тем, что так как результат предоставления Услуги почти всегда носит нематериальный характер и выражается в достижении определённого состояния, и так как действия биологических законов и процессов, затрагиваемых при медицинском вмешательстве, не подвластны ни абсолютному контролю, ни воле со стороны человека, то Клиника, по независящим как от неё, так и от меня причинам, не может гарантировать только лишь положительный результат предоставленной Услуги. Даже при надлежащем выполнении обеими сторонами своих обязательств по договору, применении самых результативных и зарекомендовавших себя достижений современной медицинской науки, результат предоставления Услуги не является на 100 % прогнозируемым и может выражаться как в восстановлении, улучшении, так и в отсутствии каких-либо изменений и даже в ухудшении патологических процессов.

Возможные побочные реакции после предоставления Услуги: легкое покраснение (эритема) в месте введения препарата – реакция на введение препарата (проходит самостоятельно вскоре после окончания процедуры); локальный отек, зуд, болезненность при надавливании (проходит в течение 1 недели); повышенная чувствительность на месте инъекции (аллергия на компонент препарата); нарушение пигментации в месте инъекции; гематомы; возникновение отсроченных аллергических реакций; инфекционные осложнения (биопенка); активация вируса герпеса; абсцесс.

Я проинформирован(а), что эстетический эффект от применения препарата сохраняется до 12 месяцев в зависимости от состояния кожи, области введения, количества введённого препарата, техники инъекции и моего образа жизни.

Я информирован(а), что существует редкая вероятность индивидуальных побочных эффектов или серьёзных осложнений. Мне известно, что строгое соблюдение рекомендаций поможет этого избежать.

Я проинформирован(а), что предоставление Услуги может вызывать болевой синдром разной степени интенсивности и согласен(а) с тем, что это является нормальным состоянием ответной реакции организма. В случае индивидуальной особенности организма, эмоциональной лабильности пациента, степень болевого синдрома может изменяться вне зависимости от применяемого способа обезболивания.

Анестезия. Мне разъяснено, что при предоставлении Услуги возможно применение аппликационной, инъекционной или проводниковой анестезии. Я проинформирован(а) об основных преимуществах и осложнениях анестезии, которые могут проявляться в виде различных аллергических реакций (анафилактического шока, отёка Квинке, обморока, коллапса и др.) и постинъекционных гематом и полностью согласен(а) на её применение.

Рекомендации после предоставления Услуги предоставлены мне в полном объёме. Я понимаю, что несоблюдение указанных рекомендаций, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моём здоровье.

Вариативность Услуги в процессе её предоставления. Я предупреждён(а) и согласен(а) с тем, что объём манипуляций в ходе предоставления Услуги может варьироваться, а окончательный выбор объёма корректируется во время предоставления Услуги врачом. В случае необходимости корректировки Услуги или предоставления другой медицинской услуги я доверяю своему лечащему врачу принять соответствующее решение и выполнить любые медицинские действия, которые он сочтёт необходимыми.

Информация о своём здоровье. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе: об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеланиях, принимаемых лекарственных средствах, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности.

Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я понимаю, что предоставление Услуги при существующих противопоказаниях к ней, могут спровоцировать нежелательные побочные эффекты.

Я утверждаю, что вышеуказанных противопоказаний, а также индивидуальных противопоказаний к предоставлению Услуги, о которых мне сказал лечащий врач, у меня нет. При появлении у меня противопоказаний к предоставлению Услуги после подписания настоящего согласия обязуюсь уведомить об этом врача, предоставляющего мне Услугу. В противном случае ответственность за неуведомление лежит на мне.

Я признаю, что не признан судом недееспособным вследствие психического расстройства и надо мной не установлена опека, равно как и то, что я не ограничен судом в дееспособности вследствие наличия психического расстройства или пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами и надо мной не установлено попечительство.

Информирование об Услуге. Я в полной мере проинформирован(а) об особенностях предоставления Услуги, о методе её предоставления, этапах её выполнения, показаниях, противопоказаниях, возможных побочных реакциях, осложнениях, возможном риске, последствиях и результатах.

Получив полную информацию о предстоящей Услуге, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на её предоставление. Настоящее согласие совершено мною по

собственной воле и закрепляет действительное намерение предоставить указанную в настоящем согласии Услугу.

Я имел(а) возможность задать моему лечащему врачу все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы. Данное согласие является письменным подтверждением обсуждения мною с медицинским работником вышеупомянутой Услуги. Я подтверждаю, что до подписания данной формы согласия я прочитал(а) и понял(а) всю представленную мне информацию.

Я согласен(на), что при смене врача, предоставляющего мне Услугу, все положения настоящего согласия сохраняются. В этом случае обеим сторонам подписывать новое согласие не требуется.

Я предупреждён(а) и согласен(а) с тем, что до первого предоставления Услуги информация из настоящего Согласия доводится до моего сведения в письменной форме, а при повторном предоставлении в устной. Я подтверждаю, что моё Согласие в устной форме на повторное предоставление Услуги соответствует аналогичному Согласию в письменной форме, что соответствует требованию ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ в части необходимого предварительного условия медицинского вмешательства и оформления Согласия в виде документа на бумажном носителе.

Обращение в стороннее медицинское учреждение. Я согласен(а) с тем, что в период предоставления Услуги (курса услуг) без согласования с лечащим врачом или администрацией Клиники при обращении в стороннее медицинское учреждение (исключая экстренные и неотложные состояния по жизненным показаниям) для продолжения предоставления Услуги (курса услуг) или устранения допустимых реакций организма, осложнений - исключает виновное пренебрежение законным интересам пациента со стороны Клиники, и последняя не принимает на себя ответственности за проведение альтернативного вмешательства, делающим невозможным завершить неоконченную Услугу.

Сроки осмотра. Я информирован(а) о том, что в течение трёх дней после предоставленной мне Услуги я должен(на) явиться на плановый осмотр к дежурному врачу Клиники, а также на контрольный осмотр к своему лечащему врачу, дату которого устанавливает последний. При отсутствии в течение этого срока побочных реакций после предоставления Услуги и претензий к результату предоставленной Услуги я являюсь на плановый и контрольный осмотры по своему усмотрению в согласованное с врачом время.

Использование данных. Я информирован(а), что Клиника оставляет за собой право на фото- и видеосъёмку (фото- и видеопротоколирование) меня в до и послеоперационный (послеоперационный) период для надежного оформления медицинской документации в целях оценки качества и прогресса предоставления Услуги, наблюдения реакции на медицинское вмешательство, а также для информирования иных пациентов в научных и образовательных целях.

Я согласен(а), что Клиника самостоятельно определяет сюжет фото- и видеосъёмки, содержание комментариев, предисловий и послесловий, пояснений, контекста фото- и видеоматериалов. Я согласен(а), что Клиника самостоятельно определяет размер фото- и видеоматериалов, географию и продолжительность их использования, способы их редактирования.

Я согласен(а), что Клиника имеет право использовать фото- и видеоматериалы для создания рекламных полиграфических изделий (листовок, каталогов), во всех периодических и непериодических изданиях как иллюстрации к статьям, на официальном сайте Клиники, а также на других сайтах в сети «Интернет», в любых видах наружной рекламы без дополнительного вознаграждения.

Я согласен(а), что Клиника не будет согласовывать со мной планируемые к использованию фото- и видеоматериалы.

Я согласен(а), что Клиника не будет использовать мои настоящие персональные данные, включая ФИО и возраст при публикации фото- и видеоматериалов.

Я осознаю и даю согласие, что в процессе размещения фото- и видеоматериалов с моим участием в открытых источниках, может быть разглашена информация о факте моего обращения в медицинское учреждение Клиники.

Я согласен(а), что полученные фото- и видеоматериалы не будут использоваться Клиникой для целей идентификации личности, а потому не являются биометрическими данными и их обработка не требует моего письменного согласия на обработку биометрических данных.

Дата: -----	Подпись, фамилия, инициалы пациента (представителя): Подпись, фамилия, инициалы медицинского работника:	----- ----- ----- -----
Дата: -----	Подпись, фамилия, инициалы пациента (представителя): Подпись, фамилия, инициалы медицинского работника:	----- ----- ----- -----
Дата: -----	Подпись, фамилия, инициалы пациента (представителя):	----- -----

	Подпись, фамилия, инициалы медицинского работника:	----- -----
Дата: -----	Подпись, фамилия, инициалы пациента (представителя): Подпись, фамилия, инициалы медицинского работника:	----- ----- ----- -----
Дата: -----	Подпись, фамилия, инициалы пациента (представителя): Подпись, фамилия, инициалы медицинского работника:	----- ----- ----- -----