**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

    Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,**  зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являясь Заказчиком, а в случае, если Заказчиком является несовершеннолетний или недееспособный гражданин, Законным представителем, даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень)., для получения первичной медико-санитарной помощи / для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в **ООО "Клиника эстетической медицины "Статус Ре-Эйдж"**.

      Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(**ФИО лечащего врача)** в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощ, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. 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. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст.6724; №26, ст.3442, 3446).

      Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

    В случае возникновения во время обследования и лечения (в том числе в ходе операции) 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.

    Я могу отказаться от 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 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.

Заказчик /Законный представитель       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / ФИО.

Медицинский работник                        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /ФИО

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 г.