

Утверждаю:  
Главный врач ООО «Эстетик Лайф»  
Банщиков Павел Александрович

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 г.

Приложение № 2  
Утверждено  
приказом Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 12 ноября 2021 года № 1051н Форма

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я, (ФИО) \_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только законным представителем лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, _____ паспорт _____, _____, _____ выдан: _____ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ (ФИО ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)
--

даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг, 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/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЭСТЕТИК ЛАЙФ».

Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере и степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания или состояния моего здоровья про проведении диагностических, лечебных, оздоровительных, косметологических манипуляций и процедур:

1. Опроса, в том числе выявлении жалоб, сбора анамнеза. 2. Осмотра, в том числе пальпации, перкуссии. 3. Антропометрических исследований. 4. Термометрии. 5. Тонотрии. 6. Лабораторных методов исследования. 7. Инъекционное введение лекарственных препаратов. 8 Медицинского массажа. 9. Физиотерапевтических методик. 10. Применение лазерных технологий. Необходимость других методов обследования и лечения мне разъяснена дополнительно;

- Я информирован (информирована) о целях и методах оказания медицинской помощи, связанном риске возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска медицинского вмешательства и мне даны понятные, исчерпывающие ответы. Я информирован (информирована) о характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, которые предстоит (представляемому) выполнять во время их проведения;

- Я извещен (извещена), что несоблюдение рекомендаций медицинского работника, выполняющего медицинскую процедуру, в том числе назначенного режима, режима контрольных осмотров, могут снизить качество предоставленной медицинской услуги, возможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я уведомлен (уведомлена) о необходимости поставить в известность врача обо всех проблемах связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я уведомлен (уведомлена) о необходимости сообщить правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

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”. (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 выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (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”

Утверждаю:  
Главный врач ООО «Эстетик Лайф»  
Банщиков Павел Александрович

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 г.

Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

\_\_\_\_\_  
(ФИО гражданина и контактный номер телефона)

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;  
ПРИМЕЧАНИЕ:

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законном порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

(подпись)  
гражданина)

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

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

(подпись)

( Ф.И.О. медицинского работника)

Дата оформления