

«СОГЛАСОВАНО»

Председатель Профсоюзного комитета
первичной профсоюзной организации
ГБУЗ «ГП № 8 ДЗМ»

_____/Никерова Т.С./
« ____ » _____ 2026 г.



«УВЕРЖДАЮ»

Главный врач
ГБУЗ «ГП № 8 ДЗМ»

_____/Одарюк О.А./
« ____ » _____ 2026 г.



ПРАВИЛА

**оказания платных медицинских услуг в Государственном бюджетном
учреждении здравоохранения города Москвы «Городская поликлиника
№ 8 Департамента здравоохранения города Москвы»**

1. Общие положения

1.1. Настоящие Правила оказания платных медицинских услуг в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения "Городская поликлиника № 8 Департамента здравоохранения города Москвы" (далее – ГБУЗ «ГП № 8 ДЗМ») разработаны в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и определяют порядок и условия предоставления в ГБУЗ «ГП № 8 ДЗМ» платных медицинских услуг.

1.2. Основные понятия:

«договор» - договор, в соответствии с которым предоставляются платные медицинские услуги, в том числе договор добровольного медицинского страхования;

«платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые гражданам за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров по желанию граждан при оказании медицинской помощи;

«заказчик» - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

«потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

«исполнитель» - ГБУЗ «ГП № 8 ДЗМ», оказывающее платные медицинские услуги в соответствии с договором.

2. Основания и условия оказания платных медицинских услуг

2.1. При заключении договора потребителю и (или) заказчику предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - соответственно программа, территориальная программа).

2.2. Отказ потребителя от заключения договора и (или) от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, оказываемой такому потребителю без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы.

2.3. Основаниями для оказания платных медицинских услуг являются:

2.3.1. Оказание медицинских услуг на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами;

2.3.2. Предоставление медицинских услуг гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

2.3.3. Добровольное желание гражданина получить медицинскую услугу на возмездной основе.

2.4. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается в соответствии:

- с Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утверждённым приказом Минздрава России от 14 апреля 2025 года № 202н;
- с соответствующими Порядками оказания медицинской помощи;
- на основе соответствующих клинических рекомендаций;
- с учётом стандартов медицинской помощи (при наличии).

2.5. Платные медицинские услуги предоставляются с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Просьба потребителя оформляется в форме письменного согласия заказчика (в случае если в соответствии с договором заказчик заказывает или приобретает платные медицинские услуги для

себя) или в форме письменного согласия потребителя и заказчика (в случае если договор заключен заказчиком в пользу потребителя).

3. Порядок предоставления платных медицинских и иных услуг

3.1. Предоставление платных медицинских услуг в ГБУЗ «ГП № 8 ДЗМ» осуществляется по адресам:

- ГБУЗ «ГП № 8 ДЗМ» - 119602, г. Москва, Мичуринский проспект, Олимпийская деревня, д. 16, корп. 1;
- ГБУЗ «ГП № 8 ДЗМ» филиал № 1 - 119454, г. Москва, проспект Вернадского, д. 30;
- ГБУЗ «ГП № 8 ДЗМ» филиал № 2 - 119526, г. Москва, ул. 26-ти Бакинских комиссаров, д. 10, к. 5
- ГБУЗ «ГП № 8 ДЗМ» филиал № 3 - 119361, г. Москва, ул. Большая Очаковская, д. 38.
- ГБУЗ «ГП № 8 ДЗМ» филиал № 4 - 119331, г. Москва, ул. Кравченко, д. 14

3.2. Платные медицинские услуги оказываются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

3.3. До сведения потребителя доводится достоверная, доступная и бесплатная информация, включающая в себя сведения о ГБУЗ «ГП № 8 ДЗМ», юридический адрес Учреждения, а также адреса головного учреждения и Филиалов, основной государственный регистрационный номер, идентификационный номер налогоплательщика, адрес сайта ГБУЗ «ГП № 8 ДЗМ» в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", информация о лицензии на осуществление медицинской деятельности, ее номере, дате предоставления лицензии, сроках действия, а также информация об органе, выдавшем указанную лицензию. Данная информация доводится до сведения потребителей посредством размещения на сайте ГБУЗ «ГП № 8 ДЗМ» в сети "Интернет" (gp8.mos.ru), и, в наглядной и доступной форме - на информационных стендах (стойках) Учреждения, доступных для обозрения неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени ГБУЗ «ГП № 8 ДЗМ».

Кроме того, на сайте ГБУЗ «ГП № 8 ДЗМ» размещаются ссылки на "Официальный интернет-портал правовой информации" (www.pravo.gov.ru) и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором размещены (соответственно) стандарты медицинской помощи и рубрикатор клинических рекомендаций, с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги.

По требованию Потребителя и (или) заказчика ГБУЗ «ГП № 8 ДЗМ» представляет для ознакомления выписку из единого государственного реестра юридических лиц, а также копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ГБУЗ «ГП № 8 ДЗМ» в соответствии с данной лицензией.

По просьбе Потребителя и (или) заказчика ГБУЗ «ГП № 8 ДЗМ» представляет информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

3.4. Помимо информации, предусмотренной п. 3.3. настоящих Правил, Учреждение доводит до сведения потребителя и (или) заказчика путём размещения на информационных стендах (стойках) следующую информацию:

- а) перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях;
- б) сроки ожидания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой государственных гарантий и территориальной программой;
- в) сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
- г) график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- д) образцы договоров;
- е) перечень категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг;
- ж) адреса и телефоны учредителя (исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан), территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования;
- з) перечень категорий потребителей, имеющих право на получение льгот (при наличии), а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, в случае их установления Учредителем.

3.5. Исполнитель при предоставлении платных медицинских услуг обязан соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления, а также обеспечивать режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

4. Порядок заключения договора на предоставление платных медицинских услуг

4.1. Платные медицинские услуги предоставляются учреждением на основании заключаемых договоров:

- с гражданами (физическими лицами);
- с организациями (юридическими лицами);
- со страховыми организациями, работающими в системе добровольного медицинского страхования.

Договоры на оказание платных медицинских услуг заключаются в простой письменной форме.

4.2. Потребитель и Заказчик до заключения договора:

- уведомляются о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой Потребителю платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.
- уведомляются о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.
- уведомляются о формах и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти (организации), в том числе информируются об их почтовых адресах, адресах электронной почты.

4.3. При заключении договора потребителю и (или) заказчику предоставляется в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- а) порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- б) информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);
- в) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

4.4. По требованию Потребителя (его законного представителя) исполнитель при заключении (исполнении) договора предоставляет в доступной форме информацию:

- а) о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
- б) об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

4.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе медицинских услуг, не предусмотренных договором, учреждение обязано предупредить об этом потребителя и (или) заказчика.

4.6. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом заказчик оплачивают исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

4.7. Потребитель и (или) заказчик обязаны оплатить оказанную исполнителем медицинскую услугу (выполненную работу) в порядке и сроки, которые установлены договором.

4.8. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика, третий - у потребителя.

В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2 экземплярах (кроме случаев заключения договора дистанционным способом).

4.9. При оказании платных медицинских услуг в установленном порядке заполняется медицинская документация. При этом в медицинской карте больного делается запись о том, что услуга оказана на платной основе. Учреждением после исполнения договора выдаются гражданину (законному представителю) по его просьбе медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Выдача потребителю (законному представителю потребителя) данных документов осуществляется без взимания дополнительной платы в соответствии с Порядком выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений, утвержденным Приказом Минздрава России от 15.04.2026 г. № 286н.

4.9. Договоры на предоставление платных медицинских услуг хранятся в порядке, определенном законодательством Российской Федерации об архивном деле в Российской Федерации.

5. Цены на медицинские услуги

5.1. Цены, по которым учреждение оказывает платные медицинские услуги, устанавливаются в соответствии с Порядком, утвержденным Департаментом здравоохранения города Москвы.

6. Прейскурант на платные услуги

6.1. Прейскурант учреждения на платные услуги включает все медицинские услуги, которые Учреждение вправе оказывать за плату.

6.2. Перечни платных услуг и прейскуранты цен (тарифов) на платные услуги составляются с указанием кодов оказываемых платных услуг в соответствии с утвержденной номенклатурой медицинских услуг.

6.3 Перечень платных услуг, которые ГБУЗ «ГП № 8 ДЗМ» собирается оказывать, подлежит согласованию Департаментом здравоохранения города Москвы.

7. Расчеты при предоставлении платных медицинских услуг

7.1. Оплата за медицинские услуги производится путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

8. Использование доходов, полученных от оказания платных медицинских и иных услуг

8.1. Источниками финансовых средств при оказании платных медицинских и иных услуг являются:

- личные средства граждан;
- средства организаций;
- другие разрешенные законодательством Российской Федерации источники, в том числе добровольного медицинского страхования.

8.2. Средства, поступившие за оказание платных услуг, самостоятельно распределяются и используются учреждением согласно планов финансово-хозяйственной деятельности (планов ФХД), утвержденных в установленном порядке, в соответствии с Положением об оплате труда работников Учреждения за счет средств, полученных от осуществления приносящей доходы деятельности.

8.3. Основанием для оплаты труда персонала, оказывающих платные медицинские услуги, служат документы, подтверждающие отработанное время, объем выполненной работы, подписанные руководителями подразделений, а также платежные ведомости.

9. Ответственность исполнителя при предоставлении платных медицинских услуг

9.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

9.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**Перечень категорий граждан, имеющих право на предоставление
платных медицинских услуг на льготной основе**

Наименование платной медицинской услуги	Категория граждан	Льготы
Медицинское освидетельствование на право ношения оружия и управления автотранспортом и другие освидетельствования по желанию граждан	- участники и инвалиды Великой Отечественной войны; - лица, награжденные медалью «За оборону Москвы», «За оборону Ленинграда», «Жителю блокадного Ленинграда»; - Герои Советского Союза, Герои Российской Федерации и полные кавалеры ордена Славы; - Герои социалистического труда, Герои труда Российской Федерации и полные кавалеры ордена Трудовой Славы;	Бесплатно
	- бывшие несовершеннолетние узники концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны; - жители г. Москвы, награжденные орденами и медалями СССР за самоотверженный труд в тылу в годы Великой Отечественной войны; - члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий;	до 50% от стоимости
	- граждане (лица и члены семей) из числа пенсионеров, проживающих в Москве, подвергшиеся необоснованным репрессиям и впоследствии реабилитированные, а также лица, признанные пострадавшими от политических репрессий; - ветераны боевых действий; - лица, ставшие инвалидами вследствие ранения, контузии или увечья, полученных при исполнении обязанностей военной службы	до 10% от стоимости

	(служебных обязанностей); - инвалиды I и II группы; - инвалиды с детства; - лица, подвергшиеся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, а также вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне, и приравненные к ним категории граждан; - граждане, награжденные знаком «Почетный донор СССР», «Почетный донор России», «Почетный донор Москвы»; - ветераны труда и лица к ним приравненные по льготам;	
Все медицинские услуги	- работники ГБУЗ «ГП № 8 ДЗМ».	до 10% от стоимости

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство
(форма)**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
" " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____

_____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)
В ОТНОШЕНИИ _____

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
" " _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
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. N 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

_____ (полное наименование медицинской организации)
Медицинским работником

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

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 (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или
его законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" ____ " ____ 20 ____ г.
(дата оформления)

**Информированное согласие
на обработку персональных данных и
на получение платных медицинских услуг
(образец)**

Главному врачу ГБУЗ «ГП № 8 ДЗМ»

О.А. Одарюк

Я _____
« ____ » _____ г.р., зарегистрированный/ая по адресу:
_____, даю

1. В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 года № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ГБУЗ «ГП № 8 ДЗМ» (далее — Исполнитель) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактные телефоны, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Исполнителем мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Исполнитель вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договорам ДМС, на оказание ПМУ). Исполнитель имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договорам ДМС, на оказание ПМУ) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять

профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет. Настоящее согласие дано мной с момента подписания данного Договора и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителю по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

2. На основании ст. 84 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", от 21.11.2011г. № 323-ФЗ и в соответствии с требованиями постановления Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. N 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012 г. № 1006», желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ "ГП №8 ДЗМ", по адресу:

_____ (указать адрес получения платных медицинских услуг), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я ознакомился (ась) с "Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в г. Москве", об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован(а). Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи. Получив от сотрудников Поликлиники полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данной Поликлинике, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и одновременно несколько видов медицинских услуг.

3. Мне разъяснено и я осознал (а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат.

4. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Поликлиника не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Поликлиники. Несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платные медицинские услуги, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

6. Я проинформирован (а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной платной медицинской услуги именно в данной Поликлинике.

7. Я проинформирован (а), что платные медицинские услуги не гарантируют внеочередного получения услуги.

8. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение. Настоящее соглашение подписано Пациентом после разъяснительной беседы и является приложением к Договору на предоставление ПМУ № _____ от _____ Пациент:

Паспорт:

серия № , дата выдачи: , выдан

Адрес: _____

Подпись _____

Дата _____

**ИНФОРМИРОВАННЫЕ СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА
НА ПРОЦЕДУРЫ, ПРОВОДИМЫЕ ВРАЧОМ-КОСМЕТОЛОГОМ
(образцы)**

**1. Информированное согласие пациента на аппликационную анестезию
(образец)**

Главному врачу ГБУЗ «ГП № 8 ДЗМ»
О.А. Одарюк

от _____
(Ф.И.О. пациента)

адрес проживания _____,
паспорт _____

_____ (серия, номер, кем и когда выдан)

Я, (Ф.И.О. пациента) _____,
дата рождения _____,

уполномочиваю врача-косметолога отделения по оказанию платных медицинских
услуг ГБУЗ «ГП № 8 ДЗМ» _____
(Ф.И.О. врача)

выполнить мне процедуру нанесения на кожу анестезирующего препарата
«ЭМЛА» / «Акриол Про» (нужное подчеркнуть);

В полной мере ознакомлен (а) со следующей информацией:

1.«ЭМЛА», «Акриол Про» являются местноанестезирующими комбинированными медицинскими препаратами, в состав которых входят лидокаин, прилокаин, местные анестетики амидного типа в различных сочетаниях. Данные препараты наносят на неповрежденную кожу путем аппликации с целью поверхностной анестезии кожи для проведения инъекций и косметологических процедур, например, эпиляции и других.

2. Содержание и результаты процедуры, возможные опасности и осложнения мне полностью объяснены врачом, я их полностью понял(а). Особенно важными и полностью ясными для меня являются следующие положения о возможных побочных эффектах:

- после процедуры нанесения на кожу часто появляются временные, проходящие реакции кожи в области нанесения препарата, такие как бледность, покраснение и отечность;

- в первый момент после нанесения препарата на кожу может отмечаться местно легкое жжение, зуд и ощущение тепла (в области нанесения препарата), шелушение кожи в течение нескольких дней после процедуры нанесения;

- возможна индивидуальная непереносимость препаратов, а именно возникновение аллергической реакции в виде крапивницы, стойкой гиперемии и анафилактической реакции (отек Квинке, анафилактический шок);
- Я предупрежден(а), что полная анестезия в зоне нанесения препарата может быть не достигнута, либо достигнута за пределами ожидаемых мною сроков из-за индивидуальной чувствительности;
- Я проинформирован(а) о том, что после аппликационной анестезии в течение 48 часов нельзя посещать сауну, баню, бассейн, принимать горячую ванну, загорать. В день проведения процедуры нельзя наносить на лицо крем, гель, скраб, макияж. Использование перечисленных средств возможно только через 8 часов;
- Я предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций косметолога по домашнему уходу за кожей освобождает учреждение от ответственности за неблагоприятный исход процедуры;
- Я подтверждаю, что до проведения процедуры мне была предоставлена возможность задать любые вопросы и получить на них ответы, в том числе о квалификации врача, о сертификатах на препараты, используемые в клинике, о стоимости услуг;
- Я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные осложнения и побочные явления могут повлечь необходимость дополнительных лечебных и диагностических процедур, что может потребовать от меня дополнительных денежных и временных затрат, возможного освобождения от работы;

Я удостоверяю, что я ознакомилась (ознакомился) с приведенной выше информацией, что полученные мной объяснения меня полностью удовлетворяют, и что я полностью понимаю назначение данного документа, и подтверждаю свое согласие на аппликационную анестезию препаратами «ЭМЛЫ», «Акриол Про».

Пациент: _____ Ф.И.О. _____

Врач: _____ Ф.И.О. _____

Время « _____ »

« ____ » _____ 20 ____ г.

2. Информационное согласие пациента на электрокоагуляцию новообразований и дефектов кожи различной этиологии (образец)

Главному врачу ГБУЗ «ГП № 8 ДЗМ»
О.А. Одарюк

от _____
(Ф.И.О. пациента)

адрес проживания _____,
паспорт _____

_____ (серия, номер, кем и когда выдан)

Я, (Ф.И.О. пациента) _____,
дата рождения _____,

В полной мере ознакомлен (а) со следующей информацией:

Процедура УВЧ-электрокоагуляции предназначена для лечения следующих доброкачественных новообразований кожи (подчеркнуть): сосудистые дефекты кожи, эпителиальные опухоли кожи, контагиозный моллюск, пороки развития эпидермиса, угри, соединительнотканная доброкачественная опухоль-фиброма, коррекции возрастных изменений кожи и пигментных дефектов.

Содержание и результаты процедуры, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены врачом и понятны. УВЧ-коагуляция проводится с помощью электрода, на который подается высокочастотный ток. По окончании процедуры поверхность коагулированного участка обрабатывают раствором перманганата калия до формирования корки черного цвета.

Для достижения максимального эффекта необходимо проведение _____ процедур и использование средств домашнего ухода, рекомендованных врачом -

Примерное количество сеансов может колебаться в зависимости от индивидуальных особенностей кожи.

После проведения процедуры на подвергшихся обработке участках может наблюдаться:

- ✓ рубцовая атрофия кожи с формированием красного, розового или белого атрофического рубца, которая возникает самопроизвольно или из-за случайного насильственного снятия корочки в постпроцедурный период;
- ✓ пигментация которая может сохраняться от 2 месяцев до 1 года, которая возникает в результате нарушения правил ухода за кожей или при воздействии солнечной инсоляции.

Я предупрежден(а) о необходимости проведения гистологического исследования удаляемого материала при удалении образования на коже. Мне разъяснена вероятность возникновения рубца в области иссечения образования. В

связи с вероятностью появления косметического дефекта из-за обширного удаления новообразования с целью его полного сохранения для исследования, я отказываюсь от гистологического исследования удаленного образования (ий).

_____(подпись)

После процедуры следует соблюдать следующие рекомендации по уходу за кожей:

- а) избегать прямого воздействия солнечных лучей, использовать солнцезащитные косметические средства для предупреждения повреждения кожи, например, наносить крем с высоким уровнем защиты от ультрафиолета (SPF от 30) в течение 3 месяцев после лечения. При длительном пребывании на солнце следует наносить крем каждые 2 часа для профилактики пигментации;
- б) обработанную область не мочить 7 дней, корочки не снимать и не травмировать, затем можно наносить легкий увлажняющий крем по мере появления ощущения сухости кожи;
- в) не следует использовать грубые скрабы до полного восстановления кожи, необходимо так же обращать внимание на состав косметических средств и проконсультироваться с лечащим врачом о возможности их применения после процедуры;
- г) если на обработанных участках кожи имеются незажившие эрозии, не следует их закрывать пластырем, но нужно предохранять их от повреждения. Для ускорения эпителизации рекомендовано использовать местно гели «Куриозин» или «Солкосерил» до полного заживления;
- д) следует воздерживаться от курения и приема алкоголя как минимум сутки после процедуры и обязательно консультироваться с врачом перед началом приема новых лекарственных препаратов;
- е) при возникновении волдырей, мелких кровоизлияний, мокнущих, кровоточивости, боли, изменения цвета кожи или иных явлений, необходимо незамедлительно обращаться к лечащему врачу.

В случае возникновения каких-либо проблем, связанных с проведенной процедурой, Я обязан(а) сразу обратиться за помощью к лечащему врачу. Я понимаю, что невыполнение в полном объеме всех рекомендаций Врача может быть причиной осложнений, неблагоприятных последствий и последующего длительного лечения.

Я понимаю, что процедура может сопровождаться болезненными ощущениями в зависимости от индивидуальной чувствительности, которые могут сохраняться до 72 часов.

Дерматология, косметология и онкология не точные науки и врач, не может гарантировать мне на 100% получение желаемого результата.

Я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные осложнения и побочные явления могут повлечь необходимость дополнительных хирургических, лечебных, диагностических процедур, дополнительных денежных и временных затрат от меня.

Я подтверждаю, что до проведения процедуры мне была предоставлена возможность задать любые вопросы и получить на них ответы, в том числе: о

квалификации врача, о сертификатах на препараты и аппараты, используемые в клинике и стоимости услуг.

Я ознакомилась (ознакомился) с приведенной выше информацией, что полученные мной объяснения меня полностью удовлетворяют, и полностью понимаю назначение данного документа, и подтверждаю свое согласие на проведение процедуры/курса процедур.

Пациент: _____ Ф.И.О. _____

Врач: _____ Ф.И.О. _____

Время « _____ »

« _____ » _____ 20 ____ г.

3. Информационное согласие пациента на электроэпиляцию

Главному врачу ГБУЗ «ГП № 8 ДЗМ»
О.А. Одарюк

от _____
(Ф.И.О. пациента)

адрес проживания _____,
паспорт _____

(серия, номер, кем и когда выдан)

Я, (Ф.И.О. пациента) _____,
дата рождения _____,

В полной мере ознакомлен (а) со следующей информацией:

Процедура УВЧ-электроэпиляции предназначена для лечения гипертрихоза и гирсутизма

Содержание и результаты процедуры, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены врачом и понятны. УВЧ-электроэпиляция проводится с помощью электрода, на который подается высокочастотный ток. По окончании процедуры удаления волос поверхность кожи обрабатывается присыпкой - Банеоцином

Для достижения максимального эффекта необходимо проведение _____ процедур и использование средств домашнего ухода, рекомендованных врачом _____

_____ Примерное количество сеансов может колебаться в зависимости от индивидуальных особенностей кожи.

После проведения процедуры на подвергшихся обработке участках может наблюдаться:

- ✓ рубцовая атрофия кожи с формированием красного, розового или белого атрофического рубца, которая возникает самопроизвольно или из-за случайного насильственного снятия корочки в постпроцедурный период;
- ✓ пигментация которая может сохраняться от 2 месяцев до 1 года, которая возникает в результате нарушения правил ухода за кожей или при воздействии солнечной инсоляции.

Я предупрежден (а) о необходимости проведения гистологического исследования удаляемого материала при удалении образования на коже. Мне разъяснена вероятность возникновения рубца в области иссечения образования. В связи с вероятностью появления косметического дефекта из-за обширного удаления новообразования с целью его полного сохранения для исследования, я отказываюсь от гистологического исследования удаленного образования (ий).

_____ (подпись)

После процедуры следует соблюдать следующие рекомендации по уходу за кожей:

- а) избегать прямого воздействия солнечных лучей, использовать солнцезащитные косметические средства для предупреждения повреждения кожи, например, наносить крем с высоким уровнем защиты от ультрафиолета (SPF от 30) в течение 3 месяцев после лечения. При длительном пребывании на солнце следует наносить крем каждые 2 часа для профилактики пигментации;
- б) обработанную область не мочить 7 дней, корочки не снимать и не травмировать, затем можно наносить легкий увлажняющий крем по мере появления ощущения сухости кожи;
- в) не следует использовать грубые скрабы до полного восстановления кожи, необходимо так же обращать внимание на состав косметических средств и проконсультироваться с лечащим врачом о возможности их применения после процедуры;
- г) следует воздерживаться от курения и приема алкоголя как минимум сутки после процедуры и обязательно консультироваться с врачом перед началом приема новых лекарственных препаратов;
- д) при возникновении пузырей, мелких кровоизлияний, мокнутия, кровоточивости, боли, изменения цвета кожи или иных явлений, необходимо незамедлительно обращаться к лечащему врачу.

В случае возникновения каких-либо проблем, связанных с проведенной процедурой, Я обязан(а) сразу обратиться за помощью к лечащему врачу. Я понимаю, что невыполнение в полном объеме всех рекомендаций Врача может быть причиной осложнений, неблагоприятных последствий и последующего длительного лечения.

Я понимаю, что процедура может сопровождаться болезненными ощущениями в зависимости от индивидуальной чувствительности, которые могут сохраняться до 72 часов.

Дерматология, косметология не точные науки и врач, не может гарантировать мне на 100% получение желаемого результата.

Я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные осложнения и побочные явления могут повлечь необходимость дополнительных хирургических, лечебных, диагностических процедур, дополнительных денежных и временных затрат от меня.

Я подтверждаю, что до проведения процедуры мне была предоставлена возможность задать любые вопросы и получить на них ответы, в том числе: о квалификации врача, о сертификатах на препараты и аппараты, используемые в клинике и стоимости услуг.

Я ознакомилась (ознакомился) с приведенной выше информацией, что полученные мной объяснения меня полностью удовлетворяют, и полностью понимаю назначение данного документа, и подтверждаю свое согласие на проведение процедуры/курса процедур.

Пациент: _____ Ф.И.О. _____

Врач: _____ Ф.И.О. _____

4. Информированное согласие пациента на
контурную инъекционную пластику препаратом _____

Главному врачу ГБУЗ «ГП № 8 ДЗМ»
О.А. Одарюк

от _____
(Ф.И.О. пациента)

адрес проживания _____,

паспорт _____

(серия, номер, кем и когда выдан)

Я, (Ф.И.О. пациента) _____,
дата рождения _____,

В полной мере ознакомлен (а) со следующей информацией:

Процедура «контурная инъекционная пластика препаратом _____» предназначена для осуществления коррекции возрастных изменений лица, овала лица, приданию недостающего объёма различным зонам лица, устранению некоторых дефектов кожи.

Содержание и результаты процедуры, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены врачом и понятны.

Для достижения максимального эффекта необходимо проведение _____ процедур и использование средств домашнего ухода, рекомендованных врачом _____

Примерное количество сеансов может колебаться в зависимости от индивидуальных особенностей кожи.

После проведения процедуры на подвергшихся обработке участках может наблюдаться:

- ✓ рубцовая атрофия кожи с формированием красного, розового или белого атрофического рубца, которая возникает самопроизвольно или из-за случайного насильственного снятия корочки в постпроцедурный период;
- ✓ пигментация которая может сохраняться от 2 месяцев до 1 года, которая возникает в результате нарушения правил ухода за кожей или при воздействии солнечной инсоляции.

Я предупрежден(а) о необходимости проведения гистологического исследования удаляемого материала при удалении образования на коже. Мне разъяснена вероятность возникновения рубца в области иссечения образования. В связи с вероятностью появления косметического дефекта из-за обширного удаления новообразования с целью его полного сохранения для исследования, я отказываюсь от гистологического исследования удаленного образования (ий).

(подпись)

После процедуры следует соблюдать следующие рекомендации по уходу за кожей:

- а) избегать прямого воздействия солнечных лучей, использовать солнцезащитные косметические средства для предупреждения повреждения кожи, например, наносить крем с высоким уровнем защиты от ультрафиолета (SPF от 30) в течение 3 месяцев после лечения. При длительном пребывании на солнце следует наносить крем каждые 2 часа для профилактики пигментации;
- б) обработанную область не мочить 7 дней, корочки не снимать и не травмировать, затем можно наносить легкий увлажняющий крем по мере появления ощущения сухости кожи;
- в) не следует использовать грубые скрабы до полного восстановления кожи, необходимо так же обращать внимание на состав косметических средств и проконсультироваться с лечащим врачом о возможности их применения после процедуры;
- г) следует воздерживаться от курения и приема алкоголя как минимум сутки после процедуры и обязательно консультироваться с врачом перед началом приема новых лекарственных препаратов;
- д) при возникновении пузырей, мелких кровоизлияний, мокнутия, кровоточивости, боли, изменения цвета кожи или иных явлений, необходимо незамедлительно обращаться к лечащему врачу.

В случае возникновения каких-либо проблем, связанных с проведенной процедурой, Я обязан(а) сразу обратиться за помощью к лечащему врачу. Я понимаю, что невыполнение в полном объеме всех рекомендаций Врача может быть причиной осложнений, неблагоприятных последствий и последующего длительного лечения.

Я понимаю, что процедура может сопровождаться болезненными ощущениями в зависимости от индивидуальной чувствительности, которые могут сохраняться до 72 часов.

Дерматология, косметология не точные науки и врач, не может гарантировать мне на 100% получение желаемого результата.

Я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные осложнения и побочные явления могут повлечь необходимость дополнительных хирургических, лечебных, диагностических процедур, дополнительных денежных и временных затрат от меня.

Я подтверждаю, что до проведения процедуры мне была предоставлена возможность задать любые вопросы и получить на них ответы, в том числе: о квалификации врача, о сертификатах на препараты и аппараты, используемые в клинике и стоимости услуг.

Я ознакомилась (ознакомился) с приведенной выше информацией, что полученные мной объяснения меня полностью удовлетворяют, и полностью понимаю назначение данного документа, и подтверждаю свое согласие на проведение процедуры/курса процедур.

Пациент: _____ Ф.И.О. _____

Врач: _____ Ф.И.О. _____

Время « _____ »

« ____ » _____ 20 ____ г.

**5. Информированное согласие пациента на
биоревитализацию препаратом _____**

Главному врачу ГБУЗ «ГП № 8 ДЗМ»
О.А. Одарюк

от _____
(Ф.И.О. пациента)

адрес проживания _____,
паспорт _____

(серия, номер, кем и когда выдан)

Я, (Ф.И.О. пациента) _____,
дата рождения _____,

В полной мере ознакомлен (а) со следующей информацией:

Процедура «биоревитализация препаратом _____» - это инъекционная процедура, направленная на профилактику старения, способствующая регенерации клеток кожи (омоложению), помогающая улучшить состояние кожи, предотвратить появление морщин и замедлить возрастные изменения тканей.

Содержание и результаты процедуры, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены врачом и понятны.

Для достижения максимального эффекта необходимо проведение _____ процедур и использование средств домашнего ухода, рекомендованных врачом _____

Примерное количество сеансов может колебаться в зависимости от индивидуальных особенностей кожи.

**После проведения процедуры на подвергшихся обработке участках
может наблюдаться:**

- ✓ рубцовая атрофия кожи с формированием красного, розового или белого атрофического рубца, которая возникает самопроизвольно или из-за случайного насильственного снятия корочки в постпроцедурный период;
- ✓ пигментация которая может сохраняться от 2 месяцев до 1 года, которая возникает в результате нарушения правил ухода за кожей или при воздействии солнечной инсоляции.

Я предупрежден(а) о необходимости проведения гистологического исследования удаляемого материала при удалении образования на коже. Мне разъяснена вероятность возникновения рубца в области иссечения образования. В связи с вероятностью появления косметического дефекта из-за обширного удаления новообразования с целью его полного сохранения для исследования, я отказываюсь от гистологического исследования удаленного образования (ий).

(подпись)

После процедуры следует соблюдать следующие рекомендации по уходу за кожей:

- а) избегать прямого воздействия солнечных лучей, использовать солнцезащитные косметические средства для предупреждения повреждения кожи, например, наносить крем с высоким уровнем защиты от ультрафиолета (SPF от 30) в течение 3 месяцев после лечения. При длительном пребывании на солнце следует наносить крем каждые 2 часа для профилактики пигментации;
- б) обработанную область не мочить 7 дней, корочки не снимать и не травмировать, затем можно наносить легкий увлажняющий крем по мере появления ощущения сухости кожи;
- в) не следует использовать грубые скрабы до полного восстановления кожи, необходимо так же обращать внимание на состав косметических средств и проконсультироваться с лечащим врачом о возможности их применения после процедуры;
- г) следует воздерживаться от курения и приема алкоголя как минимум сутки после процедуры и обязательно консультироваться с врачом перед началом приема новых лекарственных препаратов;
- д) при возникновении пузырей, мелких кровоизлияний, мокнутия, кровоточивости, боли, изменения цвета кожи или иных явлений, необходимо незамедлительно обращаться к лечащему врачу.

В случае возникновения каких-либо проблем, связанных с проведенной процедурой, Я обязан(а) сразу обратиться за помощью к лечащему врачу. Я понимаю, что невыполнение в полном объеме всех рекомендаций Врача может быть причиной осложнений, неблагоприятных последствий и последующего длительного лечения.

Я понимаю, что процедура может сопровождаться болезненными ощущениями в зависимости от индивидуальной чувствительности, которые могут сохраняться до 72 часов.

Дерматология, косметология не точные науки и врач, не может гарантировать мне на 100% получение желаемого результата.

Я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные осложнения и побочные явления могут повлечь необходимость дополнительных хирургических, лечебных, диагностических процедур, дополнительных денежных и временных затрат от меня.

Я подтверждаю, что до проведения процедуры мне была предоставлена возможность задать любые вопросы и получить на них ответы, в том числе: о квалификации врача, о сертификатах на препараты и аппараты, используемые в клинике и стоимости услуг.

Я ознакомилась (ознакомился) с приведенной выше информацией, что полученные мной объяснения меня полностью удовлетворяют, и полностью понимаю назначение данного документа, и подтверждаю свое согласие на проведение процедуры/курса процедур.

Пациент: _____ Ф.И.О. _____

Врач: _____ Ф.И.О. _____

Время «_____»

«___» _____ 20__ г.

6. Информированное согласие пациента на
мезотерапию препаратом _____

Главному врачу ГБУЗ «ГП № 8 ДЗМ»

О.А. Одарюк

от _____

(Ф.И.О. пациента)

адрес проживания _____,

паспорт _____

(серия, номер, кем и когда выдан)

Я, (Ф.И.О. пациента) _____,
дата рождения _____,

В полной мере ознакомлен (а) со следующей информацией:

Процедура «мезотерапия препаратом _____»

- это инвазивный нехирургический метод, влияющий на метаболизм клеток кожи, улучшающий кровоснабжение и дыхание тканей, стимулирующий обменные процессы.

Содержание и результаты процедуры, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены врачом и понятны.

Для достижения максимального эффекта необходимо проведение _____ процедур и использование средств домашнего ухода, рекомендованных врачом _____

_____ Примерное количество сеансов может колебаться в зависимости от индивидуальных особенностей кожи.

После проведения процедуры на подвергшихся обработке участках может наблюдаться:

- ✓ рубцовая атрофия кожи с формированием красного, розового или белого атрофического рубца, которая возникает самопроизвольно или из-за случайного насильственного снятия корочки в постпроцедурный период;
- ✓ пигментация которая может сохраняться от 2 месяцев до 1 года, которая возникает в результате нарушения правил ухода за кожей или при воздействии солнечной инсоляции.

Я предупрежден(а) о необходимости проведения гистологического исследования удаляемого материала при удалении образования на коже. Мне разъяснена вероятность возникновения рубца в области иссечения образования. В связи с вероятностью появления косметического дефекта из-за обширного удаления новообразования с целью его полного сохранения для исследования, я отказываюсь от гистологического исследования удаленного образования (ий).

_____ (подпись)

После процедуры следует соблюдать следующие рекомендации по уходу за кожей:

- а) избегать прямого воздействия солнечных лучей, использовать солнцезащитные косметические средства для предупреждения повреждения кожи, например, наносить крем с высоким уровнем защиты от ультрафиолета (SPF от 30) в течение 3 месяцев после лечения. При длительном пребывании на солнце следует наносить крем каждые 2 часа для профилактики пигментации;
- б) обработанную область не мочить 7 дней, корочки не снимать и не травмировать, затем можно наносить легкий увлажняющий крем по мере появления ощущения сухости кожи;
- в) не следует использовать грубые скрабы до полного восстановления кожи, необходимо так же обращать внимание на состав косметических средств и проконсультироваться с лечащим врачом о возможности их применения после процедуры;
- г) следует воздерживаться от курения и приема алкоголя как минимум сутки после процедуры и обязательно консультироваться с врачом перед началом приема новых лекарственных препаратов;
- д) при возникновении пузырей, мелких кровоизлияний, мокнутия, кровоточивости, боли, изменения цвета кожи или иных явлений, необходимо незамедлительно обращаться к лечащему врачу.

В случае возникновения каких-либо проблем, связанных с проведенной процедурой, Я обязан(а) сразу обратиться за помощью к лечащему врачу. Я понимаю, что невыполнение в полном объеме всех рекомендаций Врача может быть причиной осложнений, неблагоприятных последствий и последующего длительного лечения.

Я понимаю, что процедура может сопровождаться болезненными ощущениями в зависимости от индивидуальной чувствительности, которые могут сохраняться до 72 часов.

Дерматология, косметология не точные науки и врач, не может гарантировать мне на 100% получение желаемого результата.

Я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные осложнения и побочные явления могут повлечь необходимость дополнительных хирургических, лечебных, диагностических процедур, дополнительных денежных и временных затрат от меня.

Я подтверждаю, что до проведения процедуры мне была предоставлена возможность задать любые вопросы и получить на них ответы, в том числе: о квалификации врача, о сертификатах на препараты и аппараты, используемые в клинике и стоимости услуг.

Я ознакомилась (ознакомился) с приведенной выше информацией, что полученные мной объяснения меня полностью удовлетворяют, и полностью понимаю назначение данного документа, и подтверждаю свое согласие на проведение процедуры/курса процедур.

Пациент: _____ Ф.И.О. _____

Врач: _____ Ф.И.О. _____

Время «_____»

«___» _____ 20__ г.