**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

**на удаление доброкачественных новообразований кожи методом лазерной деструкции**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , в доступной для меня форме информирован(а) о диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанными с ними рисками.

1.Я информирован(а) о предполагаемом плане лечения, используемых в ходе лечения лекарственных препаратах.

2.Мне разъяснено, что при удаление доброкачественных новообразований кожи методом лазерной деструкции могут развиться нежелательные последствия: аллергическая реакция, инфицирование раны, заживление с образованием рубца, гиперпигментация, гематома, кровотечение, повторное образование элемента, коллапс, анафилактический или болевой шок (данные осложнения могут быть связаны с исходным состоянием организма пациента перед непосредственно медицинским вмешательством, а также с непрогнозируемой реакцией организма на проводимое лечение).

3.Я сообщил(а) врачу все известные мне сведения о:

* хронических и острых заболеваниях
* аллергических реакциях, в том числе на медицинские препараты (ультракаин, лидокаин, крем «ЭМЛА»)
* беременности, лактации
* лекарственных препаратах, применяемых в настоящее время
* лечении, процедурах и манипуляциях, выполняемых в настоящее время в других медицинских и/или косметических учреждениях (массаж; посещение бассейна, сауны, солярия и др.)

4.Я предупрежден(а), что в случае неполной или недостоверной информации по указанным выше вопросам и/или отказе от прохождения дополнительного лабораторного обследования (при необходимости), в результате проведения процедуры возможно возникновение осложнений, обострение хронических заболеваний.

В случае возникновения выше указанных осложнений, Я обязуюсь не предъявлять претензий к сотрудникам и администрации медицинского центра «Панорама Мед».

Предупрежден (а), что несоблюдение рекомендаций врача по домашнему уходу, не явка на контрольный осмотр - освобождает учреждение от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

Я обязуюсь в реабилитационный период после процедуры незамедлительно информировать лечащего врача об ухудшении состояния здоровья, иных негативных проявлениях, а также об обстоятельствах, при которых эти ухудшения возникли.

В соответствии со статьями 20-22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" ознакомлен(а) с техническими особенностями процедуры и даю свое добровольное согласие на ее проведение.

Ознакомил врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*подпись ФИО врача*

ФИО пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись ФИО пациента

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.