

*Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.*

1. Настоящее Информированное добровольное согласие разработано во исполнение требований:

Статей 41, 44, 45, 46 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»;

Статей 5, 7, 8, 10, 11 Закона Республики Беларусь «О защите прав потребителей»;

2. Настоящее Информированное согласие разработано для обеспечения пациентов (законных представителей) ООО «ОМНИЯ КЛИНИК» необходимой, доступной и достоверной информацией об оказываемых услугах. Документ подготовлен с целью, чтобы пациент ознакомился с предлагаемым медицинским вмешательством и мог дать своё согласие на его проведение, либо отказаться от него.

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: высокоинтенсивная магнитотерапия (BTL Emsella)

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

*Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет, или недееспособных граждан:*

Я, паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка (Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач (ФИО, должность)

Клиника вправе заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

2. Мне сообщена в доступной для меня форме полная и достоверная информация о моем (представляемого) состоянии здоровья. **Мне сообщена врачом информация о диагнозе:**

2.2. Мне известно, что в имеющейся клинической ситуации показано и рекомендовано врачом **проведение медицинского вмешательства-высокоинтенсивной магнитотерапии BTL Emsella**

на лице:

на прочих участках тела:

и я согласен (на) на проведение данного медицинского вмешательства врачом, а также привлекаемыми по его усмотрению ассистентами, медицинскими работниками Клиники.

3. Я понимаю, что целью данного медицинского вмешательства является улучшение качества сексуальной жизни и здоровья. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения: механизм действия высокоинтенсивной магнитотерапии EMSELLA основан на взаимодействии мышечных и нервных тканей человека с высокоинтенсивным электромагнитным полем, результатом чего является укрепление мышц тазового дна, устранение недержания мочи, восстановление трофической иннервации, чувствительности тканей, улучшение качества сексуальной жизни. Количество процедур зависит от диагноза пациента. Курс включает в себя от 6 до 10 процедур 2-3 раза в неделю. Продолжительность одного сеанса – 28 минут.

4. Мне известно о возможных негативных последствиях отказа от рекомендованного медицинского вмешательства или частичного его выполнения, а именно: прогрессирование заболевания, развитие осложнений как основного, так и сопутствующих заболеваний, обострений хронических, системных заболеваний.

5. Я предупрежден (-а), что **противопоказаниями к медицинскому вмешательству являются:** острая бактериальная или вирусная инфекция; хронические заболевания в стадии обострения; наличие металлических, электронных имплантов, имплантируемого кар

10. Мне/лицу, интересы которого я представляю рекомендовано планировать свои дела после процедуры с учетом возможных реакций необходимости соблюдения рекомендаций.

11. Меня проинформировали о рекомендациях, связанных с имеющимся у меня диагнозом.

12. Понимая сущность предложенного медицинского вмешательства и сложность биологического организма человека, я согласен (-на), что ожидаемый результат, а также его продолжительность может отличаться от полученного в результате вмешательства. Я знаю, что строгое соблюдение назначений и рекомендаций лечащего врача является необходимым условием для успешного результата, поэтому я беру на себя обязательство неукоснительно выполнять все требования ко мне как к представителю пациента. И я признаю, что несу ответственность за результаты медицинского вмешательства в случае отклонений с моей стороны от предписаний лечащего врача. **Мне разъяснено и понятно следующее:**

12.1. длительность восстановительного периода зависит от степени выраженности изменений и индивидуальных особенностей кожи;

12.2. косметический результат медицинского вмешательства зависит от индивидуальных особенностей моей кожи/ кожи Пациента;

12.3. гормональный статус организма существенно влияет на достижение результата любой процедуры;

12.4. эстетический эффект и его длительность от применения препарата, зависит от состояния кожи, возраста и Вашего образа жизни (курения, увлечения загаром, стрессов, резкой потери веса, частых авиаперелетов, посещения бани, нерегулярности процедур).

13. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о медицинском вмешательстве. Настоящим я заверяю и подтверждаю, что с предложенным медицинским вмешательством согласен(на). Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего медицинского вмешательства, и я согласен (на) на его проведение. Мне названы и со мной согласованы: технологии, методы, материалы, лекарственные препараты, медицинские изделия, оборудование, которые будут использованы в процессе медицинского вмешательства; сроки проведения медицинского вмешательства; стоимость медицинского вмешательства. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мной (моим несовершеннолетним сыном/дочерью) рекомендаций врача. Рекомендации, необходимые к соблюдению перед и после проведенного медицинского вмешательства мной получены, они являются исчерпывающими, мне разъяснены и понятны. Я уведомлен(-а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Я предупрежден о том, что в случае невыполнения мною рекомендаций врача, наличия иммунодефицитных состояний, склонности к образованию рубцов и пигментации, Клиника освобождается от ответственности и возмещения ущерба.

14. Мне было представлено достаточно времени для ознакомления, обдумывания и принятия решения, а также были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях медицинского вмешательства и получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Вся информация была доведена до меня на доступном и понятном мне языке. Мне известно, что до начала медицинского вмешательства, а также на любом его этапе, я могу отказаться от его проведения в письменной форме.

15. Я ознакомлен (а) с правилами внутреннего распорядка для пациентов Клиники, и обязуюсь их соблюдать. Я даю согласие на клиническое фотографирование, понимая, что эти фотографии останутся собственностью клиники. Если использование этих фотографий может оказаться полезным для научно-медицинских исследований, обучения и повышения медицинских знаний, эти фотографии или связанную с ними информацию можно публиковать в профессиональных журналах или медицинских книгах, или использовать для обучения или любых других целей, которые клиника сочтет необходимыми. Мне разъяснено, что при любых подобных публикациях или использовании мое имя не будет упомянуто.

**Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью договора на оказание медицинских услуг. Понимая сущность предложенного медицинского вмешательства, цель, метод оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

**Медицинский работник разъяснил всю полную и достоверную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, дал ответы на все вопросы и расписался в моем присутствии.**

|      |                                               |                               |
|------|-----------------------------------------------|-------------------------------|
| Дата | ФИО, подпись пациента/законного представителя | Должность, ФИО, подпись врача |
|      |                                               |                               |

**На гистологическое исследование полученного материала, дерматоскопию согласен (-а):**  
Я уведомлен (а) и согласен(на), что информация о результатах исследования предоставляется медицинским работником на приеме (консультации). Обязуюсь обратиться за консультацией (на прием) специалиста за получением информации о результатах гистологического исследования.  
Подпись пациента/ законного представителя \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
**От гистологического/дерматоскопического исследования отказываюсь, о последствиях предупрежден (-а):**