

«Косметологическая клиника доктора Кенсовской»

Лист согласования косметологической услуги

«удаление новообразований» с пациентом

лист согласования является неотъемлемой частью договора на оказание косметологических услуг

В соответствии с Законодательством РФ об охране здоровья граждан, я, Пациент имею право на информированное и добровольное согласие на лечение, в связи с чем уполномочиваю врача ФИО провести процедуру диатермокоагуляции (радиоволнового удаления).

Врач поставила мне следующий диагноз: _____ и указала на необходимость проведения лечения. Отказ от лечения может повлечь за собой прогрессирование процесса, либо отсутствие эффекта от других проводимых видов лечения.

Я понимаю, что данное лечение является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Врач ФИО мне понятно объяснила все возможные осложнения, которые могут возникнуть: изменение цвета кожи – гипер- (гипо-) пигментацию, воспаление кожи на месте удаления новообразования, в результате чего возможно возникновение рубца. В единичных случаях, при соответствующей склонности, в течение 2-3 месяцев, возможно формирование патологического (келоидного) рубца, резко отличающегося от окружающих тканей цветом, формой, размером. Я предупрежден(а), что возможным исходом после удаления новообразования может быть рубчик. Я обязуюсь выполнять рекомендации врача:

- Корочку, которая образуется на месте воздействия, обрабатывать 70% этиловым спиртом промокательными движениями 2 раза в день (утром и вечером);
- В течение 5-7 дней 2 раза в день (после спирта) наносить на место воздействия порошок, содержащий неомицин (5000 ME/5 мг) и бацитрацин (250 ME) (*Банеоцин*);
- Не допускать попадания воды на область воздействия до полного заживления;
- После отторжения корочки, через 10-14 дней после проведения процедуры, кожу следует защищать от солнца, применяя крем-пудру, пужру или солнцезащитные средства;

Я понимаю необходимость контроля качества лечения в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику, оговоренному с врачом и записанном в медицинской карте.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии. Я информировал врача ФИО обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен (согласна) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения, я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Врач объяснил мне, что на оказываемые мне услуги устанавливается гарантийный срок 1 год. Мне гарантируется устранение всех недостатков, если они не являются следствием нарушения мною прямых указаний и рекомендаций врача.

Пациент внимательно ознакомился с настоящим Приложением и понимаю, что оно является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Врач ФИО

Подпись _____

Дата _____

Пациент

Подпись _____

Дата _____