

## ООО « Клиника красоты Джаватхановой Амины»

Медицинская лицензия ЛО -05-01-001837  
Фарм-я лицензия ЛО -05-02-001248

ИНН 0571011783 КПП 057101001  
ОГРН 1170571021356

г.Махачкала, ул Ермошкина99  
Тел.: 8928-250-96-23 , 8988-291-99-69

### Добровольное информационное согласие на услугу – аппликационной анестезии

Я Омарова Калимат Магомедовна, врачом \_\_\_\_\_ проинформирован(а) о необходимости применения местной анестезии.

Местная аппликационная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Местная аппликационная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает нанесение на кожу(слизистые) крем с целью обеспечения эффекта обезболивания. Длительность эффекта может варьировать от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

Последствиями отказа от данной процедуры могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости этой области.

Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма .

При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаях вид медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Альтернативой является отказ от лечения.

Современные анестетики, обычно не дают осложнений.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

При проведении местной аппликационной анестезии результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Я подтверждаю согласие на проведение мне местной аппликационной анестезии. Даю разрешение на свое фото и обработку моих персональных данных

**Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями и планом его проведения. От предложенных альтернативных методов лечения отказываюсь.**

Также я проинформирован, что ориентировочная стоимость лечения составит \_\_\_\_\_.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_