

100

**Информированное добровольное согласие
на услугу Биоревитализация
в Центре платных медицинских услуг ГБУЗ «РКВД»**

Я, _____,
(Ф.И.О. гражданина)

« _____ » _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____

даю информированное добровольное согласие на услугу Биоревитализация, включенную 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 2012г. № 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи в Центре платных медицинских услуг ГБУЗ «РКВД». Медицинским работником:

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе развитие осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне известны показания к услуге и противопоказания к ней: _____

Показания: сухость, обезвоженность кожи, мелкие морщины, уставшая кожа.

Дата _____

Skin