

Информированное добровольное согласие на консультацию трихолога (первичную/ повторную)

При первичном обращении пациента врач-трихолог:

- оценивает жалобы пациента, состояние волос и кожи головы, в том числе посредством трихоскопии;
- информирует пациента о процедурах для самостоятельного выполнения;
- дает рекомендации по уходу за волосами и кожей головы, в том числе проводит обучение необходимым гигиеническим навыкам;
- заполняет медицинскую документацию в установленном порядке;
- составляет план необходимого обследования и лечения;
- назначает медицинские процедуры для выполнения средним медицинским персоналом;
- выполняет медицинские процедуры, необходимые для улучшения состояния волос и кожи головы.

При повторных обращениях пациента врач-трихолог:

- оценивает динамику состояния волос и кожи головы в процессе проводимых медицинских манипуляций;
- оценивает клиническую эффективность проводимых медицинских вмешательств и выполнение пациентом врачебных рекомендаций и назначений и при наличии медицинских показаний вносит коррективы в проводимое лечение;
- выполняет медицинские процедуры и манипуляции для лечения выявленных проблем;
- контролирует проведение назначенных медицинских процедур средним медицинским персоналом;
- делает записи о состоянии пациента и динамике клинической картины в медицинской документации.

Для проведения указанных действий врачом-трихологом могут применяться специальные средства и оборудование в соответствии со стандартом оснащения клиники, назначать дополнительные консультации и исследования.

Для установления возможных противопоказаний к выполнению процедур, указанных в Плате лечения, выявления необходимых сведений (анамнез) жизни, профессиональной деятельности и здоровья пациента, в т.ч. эпидемиологический, аллергический анамнез, а также сведения о перенесённых заболеваниях, выполненных ранее хирургических вмешательствах и косметологических процедурах с отражением данных сведений в учётных медицинских документах.

Выполнение медицинских процедур, необходимых для лечения, в т.ч. назначенных для выполнения средним медицинским персоналом, осуществляется после оформления Договора, согласно Правилам предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждённых Постановлением Правительства РФ № 736 от 11.05.2023 г.

Я, _____, зарегистрированный по адресу
ФИО

адрес места жительства гражданина либо законного представителя

даю информированное добровольное согласие на оказание медицинского вмешательства.

_____ /
подпись

_____ /
расшифровка подписи