

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

«ВЕЛНЕС БЬЮТИ СТУДИО» (ООО «ВБС»)

Юридический\фактический адрес: 119296, г. Москва, Ленинский проспект, дом 67, корпус 2

тел. (499) 667-51-11 bp6675000@gmail.com www.beautypractice.ru

ИНН 7736680566 КПП 773601001 ОГРН 1147746987200

Лицензия на медицинскую деятельность ЛО № 41-01137-77/00308282 от 12.09.2016 года

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на забор крови из вены, медикаментозные инъекции

Составлено и предлагается пациенту
в соответствии со статьей 20 ФЗ
от 21.11.2011 №323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья
граждан в Российской Федерации».

Я _____, _____ г.

(ФИО пациента – полностью, дата рождения)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, т.е. на оказание мне следующих медицинских услуг: забор крови из вены, медикаментозные инъекции.

Подтверждаю, что я ознакомлен(а) с характером предстоящей процедуры. Мне разъяснено, что данная манипуляция связана с дискомфортом и возможными болевыми ощущениями в месте пункции. **Я проинформирован(а)** о том, что после забора крови могут возникнуть такие осложнения как: - появление подкожной гематомы(кровоизлияния) в месте пункции - воспаление мягких тканей в месте пункции в результате инфицирования - развитие локального флебита(воспаления участка вены) в месте венепункции - повреждение нерва в результате его укола или сдавливания образовавшейся гематомой. Я также проинформирован(а) о возможности проведения повторной венепункции в связи с техническими сложностями, возникшими при заборе крови из вены, функциональными особенностями организма (глубокое расположение и особенности строения стенки сосудов). Со своей стороны я высказал(а) все жалобы, назвал(а) все имеющиеся у меня отклонения от нормы, особые реакции моего организма (головокружения и обмороки при заборе крови, наличие аллергических заболеваний и реакций, индивидуальной непереносимости лекарственных ранее перенесенных флебитах, коагулопатий и пр, используемые мною в настоящее время медикаменты (антикоагулянтов, дезагрегантов или НПВС). **Я имел(а) возможность задавать** все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты

« _____ » _____ 202 г. Подпись пациента _____

« _____ » _____ 202 г. Подпись врача/медицинской сестры _____