

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

ООО «ВАЛЬВЕРДЕ» · редакция от 28.09.2026 · версия 1.1

Документ подготовлен и сверен с действующими нормами; реквизиты приказа об утверждении будут указаны здесь после его подписания руководителем.

Форма приведена для предварительного ознакомления. Согласие подписывается в клинике до начала медицинского вмешательства — лично потребителем или его законным представителем (статья 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, Порядок дачи информированного добровольного согласия, утверждённый приказом Минздрава России от 12.11.2021 № 1051н, пункт 35 Правил, утверждённых постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 № 659).

За несовершеннолетнего до 15 лет согласие даёт законный представитель; с 15 лет несовершеннолетний даёт согласие сам (часть 2 статьи 54 Федерального закона № 323-ФЗ).

Я, _____ (фамилия, имя, отчество полностью), _____ года рождения, проживающий(ая) по адресу _____, находясь на приёме в ООО «ВАЛЬВЕРДЕ» (450077, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Коммунистическая, д. 105, этаж 1), даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

1. Что мне разъяснено

- цели и методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск;
- возможные варианты медицинского вмешательства и его последствия;
- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи;
- перечень видов медицинских вмешательств, на которые даётся согласие;
- сведения о медицинском работнике, который будет выполнять вмешательство, его квалификации;
- порядок действий при возникновении осложнений и порядок связи с клиникой.

Мне разъяснено, что медицинская косметологическая процедура является медицинским вмешательством, имеет противопоказания и может сопровождаться нежелательными реакциями: покраснением, отёком, болезненностью, гематомами, изменением пигментации, инфицированием, аллергическими реакциями, образованием рубцов. Вероятность и выраженность реакций зависят от индивидуальных особенностей организма.

2. Что я подтверждаю

- я сообщил(а) достоверные сведения о состоянии своего здоровья, перенесённых и имеющихся заболеваниях, принимаемых лекарственных препаратах, аллергических реакциях, беременности и грудном вскармливании;
- мне была предоставлена возможность задать вопросы, я получил(а) понятные ответы;
- я предупреждён(а), что несоблюдение назначений и рекомендаций врача, в том числе режима ухода после процедуры, может снизить качество услуги и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
- мне разъяснено право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, а также последствия такого отказа.

3. Виды медицинских вмешательств, на которые даётся согласие

_____ (перечень
вмешательств указывается медицинским работником)

4. Если согласие даёт законный представитель

Фамилия, имя, отчество представителя _____, документ,
удостоверяющий личность _____, документ, подтверждающий полномочия
_____, в отношении _____
(фамилия, имя, отчество пациента, дата рождения).

5. Подписи

Потребитель (законный представитель): _____ / _____ Дата:
«____» _____ 20__ г.

Медицинский работник, давший разъяснения: _____ / _____

Отказ от медицинского вмешательства

Мне разъяснены возможные последствия отказа от медицинского вмешательства.

Отказываюсь от вмешательства _____. Подпись

_____ Дата «____» _____ 20____ г.

Общество с ограниченной ответственностью «ВАЛЬВЕРДЕ» (ООО «ВАЛЬВЕРДЕ»). ОГРН 1190280002021, ИНН 0274943293, КПП 027401001. Директор — Васильева Лия Даниловна. Адрес: 450077, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Коммунистическая, д. 105, этаж 1. Сайт: <https://valverdeclinic.ru>

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01170-02/00331988 (/licenziya) от 07.06.2019, выдана: Министерство здравоохранения Республики Башкортостан, бессрочно.

Имеются противопоказания. Необходима консультация специалиста.

© 2026 VALVERDE CLINIC. Информация на сайте не является публичной офертой. Стоимость и возможность процедуры определяет врач на очной консультации. Карта сайта (/karta-sayta) · Поиск (/poisk)