

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 проведение процедуры на аппарате Dermadrop TDA

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

Я, _____
даю согласие на проведение мне процедуры на аппарате Dermadrop TDA врачом

Аппарат работает по методике оксигарофореза мелкодисперстных субстанций на базе гиалуроновой кислоты вводимых со сверхзвуковой скоростью. Подтверждаю, что я ознакомлен(а) с характером предстоящей мне процедуры. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящей процедуры.

Я информирован(а) о содержании и результатах процедуры, а также о том, что мне могут оказать альтернативные медицинские услуги в других медицинских учреждениях и на иных условиях.

Мне разъяснено, и я осознаю, что во время процедуры могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (согласна) на то, что ход процедуры может быть изменен врачом по его усмотрению.

Я информирован(а) о том, что для достижения максимально желаемого результата от процедуры в соответствии с медицинскими показаниями может возникнуть необходимость проведения курса процедур.

Я извещен(а) о том, что после процедуры необходимо соблюдать меры по уходу за кожей в домашних условиях в соответствии с рекомендациями и назначениями Врача.

Мне, согласно моей воле, даны разъяснения о возможных побочных явлениях и осложнениях после процедуры на подвергшихся обработке участках кожи: легкое покраснение, отечность (проходит обычно через 24 часа, в исключительных случаях может продолжаться до 2 дней после процедуры). Небольшой отек может быть на следующий день после процедуры, особенно в зоне вокруг глаз; индивидуальная непереносимость компонентов сывороток Dermadrop TDA (HYAL №5, HYAL №10, MITOCELL, PRODERM, Canaboost, Polar, Fight, Rescue, Dermacool, SHINE&GLOW, NAILCURE, FABULOUS) (от небольшого покраснения до отека Квинке). **Я осознаю, что перечисленные, а также не упомянутые осложнения и побочные явления,** могут повлечь необходимость дополнительных лечебных, диагностических процедур, что может потребовать от меня дополнительных денежных и временных затрат.

Мне разъяснено, и я осознаю, что я обязан (согласна) немедленно сообщить Врачу о любом ухудшении самочувствия как во время проведения процедуры, так и после нее, а также согласовать с Врачом прием любых, не прописанных лекарственных препаратов, мазей, кремов и т.д.

Я понимаю, что процедура не гарантирует 100% желаемого результата. Я согласен (согласна) с тем, что используемая технология проведения процедур не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Центр не несет ответственности за их возникновение. **Я ознакомлен(а) о необходимости информировать Врача** о перенесенных мною заболеваниях, известных мне аллергических заболеваниях, противопоказаниях/индивидуальной непереносимости к приему препаратов, а также о злоупотреблениях алкоголем и наркотическими препаратами. Все перенесенные и сопутствующие заболевания я правдиво изложил(а) в Карте клиента.

Я информирован(а) об абсолютных противопоказаниях для проведения процедуры: индивидуальная непереносимость сывороток используемых в работе, эпилепсия, инфекции в стадии обострения, нервно психические расстройства.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на проведение процедуры мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют. **Я подтверждаю,** что до начала проведения процедуры я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) на них исчерпывающие ответы.

Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы с Врачом и является Приложением к договору на оказание платных медицинских услуг.

ФИО пациента _____ Подпись _____ Дата _____

ФИО врача _____ Подпись _____ Дата _____