

**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  
HydraFacial®**

**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».**

Информированное добровольное согласие на проведение процедуры на аппарате HydraFacial

Я, (далее – Потребитель) \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

В рамках договора на оказание платных медицинских услуг желаю получить косметологические услуги в ООО «ВБС», при этом мне разъяснена и мной осознана следующая информация:

1. Сотрудник эстетической медицины Исполнителя подробно ознакомил меня с показаниями к проведению процедуры на аппарате HydraFacial.

2. **Мне разъяснено**, что основой данной процедуры является механическая эксфолиация, воздействие мультифункциональными сыворотками и стимулирующее действие вакуума. Так, специальные одноразовые насадки деликатно устраняют верхний роговой слой (осуществляют чистку лица), стимулируя процессы регенерации. Одновременно с эксфолиацией под действием вакуума непосредственно в насадку поступает сыворотка. Сыворотка распространяется при плотном контакте насадки с кожей, что усиливает гидратацию и обеспечивает более глубокое проникновение активных компонентов сывороток. Процедура проводится с целью оздоровления кожи, профилактики преждевременного старения, омоложения, увлажнения, разглаживания рельефа кожи, глубокого очищения кожи.

3. Процедура проводится с использованием сывороток / пилингов / бустеров (отметить нужное):

Сыворотки: · Эксфолиация · Экстракция · Увлажнение	ACTIV- 4 BETA- HD ANTIOX +
Ампульные кислотные сыворотки (пилинг)	GlySal™ Prep 7,5% Gly 2% Sal pH 3-3.5 GlySal™ Peel 15% Gly 1.5% Sal pH 3-3.3 GlySal™ Peel MD 30% Gly 1.5% Sal pH 3-3.3
Бустеры	DermaBuilder CTGF Brittenol

4. Я ознакомлен(а) с противопоказаниями к проведению процедуры:

Повышенная чувствительность к любому компоненту сывороток / пилингов / бустеров, используемых при проведении процедуры (в том числе аллергические реакции на гликолевую кислоту, морепродукты и аспирин);

Если у Вас есть аллергические реакции, укажите их \_\_\_\_\_

- Острая фаза инфекционных заболеваний (в том числе прием антибиотиков), Обострение хронических заболеваний, Акне III-IV степень тяжести, Множественные папилломы, невусы (если их нельзя обойти), Пребывание на солнце (1-2 недели до/после процедуры); Нервно-психические расстройства, Эпилепсия (противопоказание для светотерапии, Нарушение целостности кожного покрова, Прием изотретиноина (6 месяцев, Герпес (свежий, до трех дней), Онкология (до пяти лет в анамнезе), Герпес (свежий, до трех дней), Экзема, псориаз, розацеа в стадии обострения
- Относительное противопоказание — беременность, период лактации

5. **Я предупрежден(а)**, что для достижения желаемого результата и стойкого, продолжительного эффекта может потребоваться прохождение курса процедур. Количество процедур, частота их проведения и выбор сывороток / пилингов / бустеров осуществляется сотрудником эстетической медицины Исполнителя. Я осознаю, что результат процедуры не может быть полностью предопределен, поскольку зависит от биологических особенностей организма. Мне предоставлена информация о том, что в некоторых случаях может наблюдаться нечувствительность к действию сывороток / пилингов / бустеров.

6. **Я обязуюсь выполнять рекомендации**, данные мне врачом: после процедуры перед выходом на улицу (независимо от времени года) рекомендуется интенсивно увлажнять кожу и наносить крем с SPF не ниже 30.

**Мне разъяснено**, что после проведения процедуры возможно возникновение следующих побочных эффектов: покраснение, зуд, легкое ощущение жжения, прилива тепла к коже, умеренное шелушение кожи, аллергическая реакция (до отека Квинке). Мне предоставлена информация об основных осложнениях и способах их устранения, при этом я осознаю, что невозможно оговорить каждое осложнение и перечень представленных мне осложнений не является исчерпывающим. Я предупрежден(а), что в случае, если какой-либо из побочных эффектов становится более выраженным или появляется побочный эффект, не перечисленный в данном списке, следует незамедлительно обратиться за медицинской помощью.

7. **Я сообщил(а)** сотруднику эстетической медицины о тех косметологических процедурах, которые ранее мне проводились, и о их результатах. Я поставил(а) в известность обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости препаратов или их компонентов, обо всех перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

8. **Я подтверждаю**, что мне была предоставлена возможность задать любые вопросы, относящиеся к предстоящей процедуре, меня ознакомили с альтернативными медицинскими услугами, целью которых является удовлетворение потребности в эстетическом улучшении внешнего облика, вся полученная информация мне понятна, осознана мной и полностью меня удовлетворила.

9. Решение о проведении мне эстетической процедуры является моим собственным и было принято без принуждения или навязывания чье-либо воли. Текст информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, разъяснения, полученные от сотрудника эстетической медицины Исполнителя, понятны и меня удовлетворяют.

ФИО Пациента \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 г.

ФИО Сотрудника эстетической медицины \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 г.