

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

Transion VIP-Line

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 процедуры на аппарате Transion VIP-Line.

Специалистом (ФИО)

Я проинформирован(а) и понимаю цель и суть процедуры, с использованием аппарата Transion VIP-Line, ознакомлен с ходом и регламентом выполнения предлагаемой процедуры, проинформирован о предполагаемом результате, об ожидаемой продолжительности реабилитационного периода и длительности эстетического эффекта. Владею информацией о количестве процедур в курсе воздействия.

Также я был(а) ознакомлен(а) с перечнем противопоказаний к процедуре:

- Беременность и период лактации.
- Доброкачественные новообразования со склонностью к росту
- Злокачественные новообразования
- Диффузные заболевания соединительной ткани
- Иммунодефицитные состояния
- Гипертония и тяжелые сердечно-сосудистые заболевания
- Варикозное расширение вен
- Наличие кардиостимуляторов и металлических имплантатов, за исключением стоматологических и гинекологических имплантатов
- Эпилепсия
- Воспалительный процесс в области проведения процедуры (дерматиты, псориаз, герпес и другие)
- Острые вирусные инфекции
- Нарушение целостности кожного покрова в области проведения процедуры
- Состояния, сопровождающиеся повышением температуры
- Сахарный диабет, инсулинозависимые формы, диабетическая полинейропатия
- Фотодерматоз
- Применение в зоне воздействия других малоинвазивных техник
- Наличие свежих татуировок и перманентного макияжа в зоне воздействия

Я отрицаю наличие заболеваний и состояний, относящихся к списку противопоказаний, осознаю последствия сокрытия информации в подтверждении слов.

Я знаю, что процедура предполагает воздействие электрических импульсов на мышечную массу и согласен(на) на проведение процедуры в амбулаторных условиях.

Я проинформирован(а) и обязуюсь выполнять все рекомендации, данные врачом, во время прохождения курса процедур.

