

# 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

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 косметической чистки лица

Я,

(фамилия, имя, отчество, дата рождения пациента)

Даю свое согласие на проведение косметической чистки: атравматичной/ механической/ комплексной

*(нужное подчеркнуть)*

ультразвуковой **врачом**

Косметическая чистка лица — это комплексная процедура по очищению кожи лица с помощью мануальных (ручных) или аппаратных методик, а также химических веществ, способствующих эксфолиации (отшелушиванию) поверхностного слоя эпидермиса, устранению комедонов («черных точек») и воспалительных элементов. Регулярная и своевременная косметическая чистка способствует улучшению внешнего вида, повышению тонуса, увлажнению, омоложению и питанию кожи. Данная процедура проводится при пористой, жирной или комбинированной коже, при наличии комедонов, угревой болезни вне стадии обострения, сниженном тонусе и тургоре кожи, в программах омоложения. Процедура выполняется по показаниям, которые формулируются врачом на основании субъективных пожеланий пациента и с учетом анатомо-физиологических особенностей в каждом конкретном случае. Для достижения удовлетворительного результата понадобится курс процедур. Рекомендуемый курс составляет 4-6 процедур, интервал между процедурами составляет 3-6 недель. Продолжительность чистки составляет от 60 минут (зависит от программы и зоны).

Я ознакомлен(а) с противопоказаниями: возраст до 18 лет; беременность; период лактации; системные, онкологические и другие тяжелые хронические заболевания; острые воспалительные и обострения хронических заболеваний; нарушения целостности кожных покровов в зоне воздействия, прием препаратов на основе изотретиноина; множественные новообразования в зоне воздействия, повышение температуры тела накануне или в день процедуры.

Я подтверждаю, что врач получил от меня максимально полную информацию о состоянии моего здоровья, а также отсутствии у меня противопоказаний к проведению данной процедуры. Врач подробно объяснил мне особенности течения восстановительного периода и предупредил, что после процедуры могут возникать покраснения, проходящие в течение первых 1-2 суток. Возможно легкое шелушение, микрогематомы, стянутость кожи, местами реакция обострения угревого процесса, проходящие в течение 1-7 дней.

Я обязуюсь выполнять рекомендации, данные мне врачом: не наносить средства декоративной косметики в первые сутки после чистки; не растирать и не давить кожу; не наносить на кожу незнакомые кремы и растворы; следует наносить наружно средства, рекомендованные врачом; использовать солнцезащитные средства в целях предотвращения появления гиперпигментации. Посещение солярия, бани, сауны, массаж и длительное воздействие ультрафиолетовых лучей на кожу исключить в течение 14 дней после проведения процедуры.

Я подтверждаю, что мой лечащий врач на доступном для меня языке объяснил цель, ход процедуры химического пилинга, проинформировал меня об особенностях процедуры для принятия мною обдуманного решения, возможных рисках процедуры и нежелательных эффектах, возможных болевых и других негативных реакциях, необходимости соблюдать рекомендации после процедуры, дал мне возможность задать до начала процедуры интересующие меня вопросы и получить исчерпывающую информацию. Я знаю, что у меня есть выбор, прибегнуть или не прибегнуть к предлагаемой процедуре, и я согласен(на) с порядком предоставления и оплаты упомянутой услуги. Я даю согласие на ее проведение и обязуюсь следовать рекомендациям врача.

Я даю согласие на осуществление фотосъемки до и после проведения процедуры, хранение клиникой моих фотографий и использование их исключительно в целях контроля качества оказанных медицинских услуг.

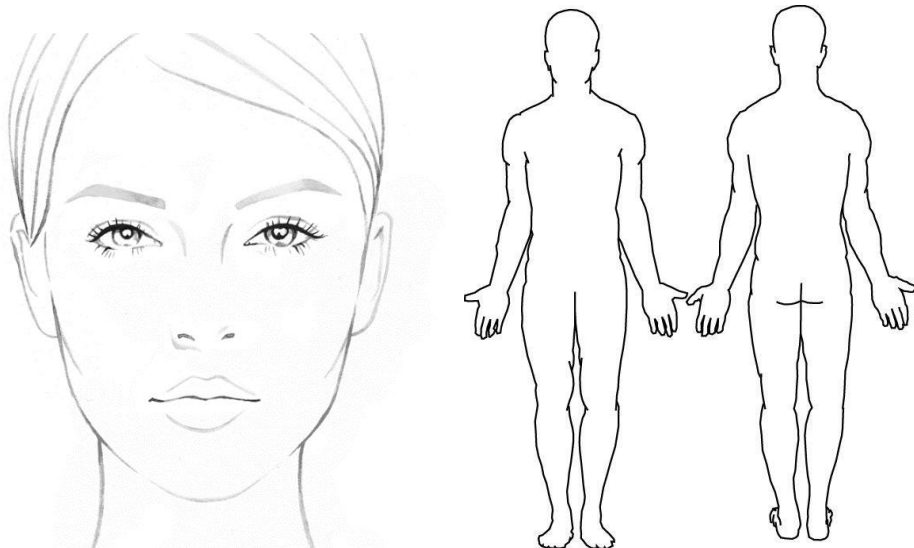
Я подтверждаю, что второй экземпляр согласия выдан мне на руки.

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ дата / / \_\_\_\_\_

### Информация о проведенной процедуре

Зона проведения процедуры \_\_\_\_\_

### Схема проведения процедуры



ФИО пациента \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ дата / / \_\_\_\_\_

ФИО врача \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ дата / / \_\_\_\_\_