

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 системе Harmony XL Clear Lift

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

Я, _____,
даю свое согласие на проведение процедуры на системе Harmony XL Clear Lift врачу

Процедура на системе Harmony XL Clear Lift — это технология избирательного воздействия на биоткани импульсами света видимой и ближней инфракрасной части спектра в диапазоне волн от 400 до 1200 нм, что позволяет действовать на разные хромофоры: оксигемоглобин, гемоглобин, меланин, вода. Таким образом, достигается воздействие на пигментные пятна, сосудистые образования, происходит активация фибробластов и увеличение синтеза коллагена и эластина.

Процедура выполняется по показаниям, которые формулируются врачом на основании субъективных пожеланий пациента и клинико-лабораторных методов обследования с учетом анатомо-физиологических особенностей в каждом конкретном случае. Для достижения желаемого результата рекомендуется курс процедур. Минимальный рекомендуемый курс составляет от 3 процедур 1 раз в 14 дней. В каждом конкретном случае лечащий врач может изменить количество и частоту процедур для получения максимального эффекта.

Окончательный косметический эффект не может быть виден быстро. В зависимости от многих индивидуальных особенностей восстановление протекает с разной скоростью. Окончательный результат от процедуры можно наблюдать через 1-2 месяца

Я ознакомлен(а) с противопоказаниями: возраст до 18 лет; беременность; период лактации; нарушения свертываемости крови в результате заболеваний или приема препаратов (гепарин, аспирин), прием препаратов, усиливающих чувствительность кожи к ультрафиолету (изотретиноин, глюкокортикостероиды, цитостатики или другие иммуносупрессивные препараты и т.д.); загорелая кожа в зоне проведения процедуры (в т.ч. от применения автозагара); склонность к келоидным рубцам; наличие других материалов в зоне коррекции; нарушение целостности кожных покровов в зоне воздействия; аутоиммунные, онкологические и другие тяжелые хронические заболевания, некомпенсированная сердечная, легочная недостаточность, сахарный диабет, органические заболевания нервной системы, эпилепсия, кожные заболевания в стадии обострения; острый инфекционный процесс или воспалительный процесс в зоне процедуры; повышение температуры накануне или в день процедуры; неотключаемые имплантируемые электромагнитные устройства.

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: покраснение, отек, ощущение жжения и боли, которые проходят в течение 2-5 дней; изменение пигментации, которое постепенно уменьшается в течение 5-7 дней; шелушение, пузырьки, корочки, регрессирующие через 10-14 дней. В редких случаях возможно образование рубцовой ткани

Я осознаю, что перечисленные, а также не упомянутые выше возможные осложнения и побочные явления могут

повлечь необходимость дополнительных лечебных, диагностических процедур, что может потребовать от меня дополнительных денежных и временных затрат

Я обязуюсь выполнять рекомендации, данные мне врачом: в первые 24 часа после процедуры запрещены: массаж, физиотерапия, тепловые процедуры (баня, сауна, солярий), необходимо ограничить принятие спиртных напитков и курение. Воздержаться от прямого воздействия солнечных лучей и солярия в течение месяца после проведения процедуры. Рекомендуется исключить на 14 дней

химические пилинги, применение скраба, другие лазерные процедуры. Необходимо защищать кожу от прямых солнечных лучей в течение 2 месяцев, используя солнцезащитные крема с фактором 50+ Мне разъяснено, и я осознаю, что я обязан(а) немедленно сообщить врачу о любом ухудшении самочувствия, как во время проведения процедуры, так и после нее, а также согласовать с врачом прием любых лекарственных препаратов, мазей, кремов и т.д. без назначения врача.

Я подтверждаю, что лечащий врач объяснил мне, что существуют альтернативные возможности коррекции, но я предпочитаю им процедуру на системе Harmony XL Clear Lift.

Я подтверждаю, что мой лечащий врач на доступном для меня языке объяснил цель, ход процедуры на системе Harmony XL Clear Lift, 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 процедуры.

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.

ФИО Пациента _____ Подпись _____ Дата _____

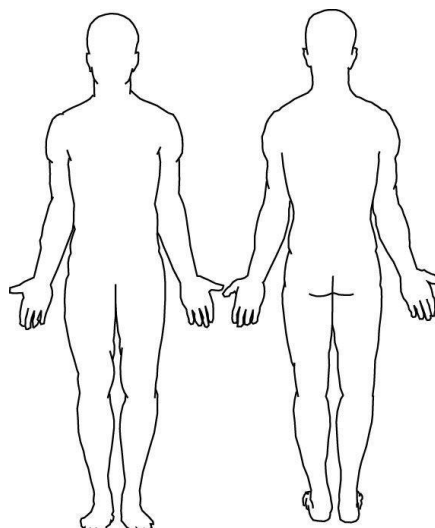
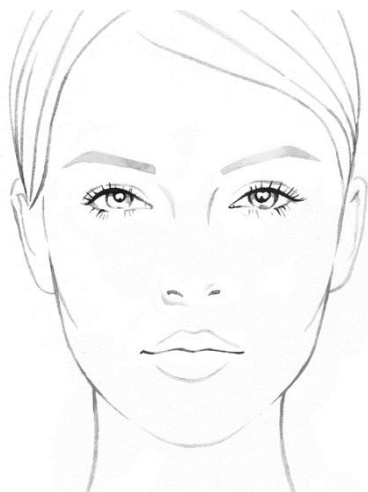
ИНФОРМАЦИЯ О ПРОВЕДЕННОЙ ПРОЦЕДУРЕ

Зона воздействия _____

Анестезия _____

Параметры процедуры _____

СХЕМА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ



ФИО Пациента _____ Подпись _____ Дата _____

ФИО Врача _____ Подпись _____ Дата _____