

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 Карбокситерапии

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 свое согласие
на проведение процедуры Карбокситерапии

Карбокситерапия - это дозированное введение углекислого газа внутрикожно либо подкожно в профилактических и лечебных целях.

При поступлении в ткани углекислый газ взаимодействует с молекулами воды, образуя угольную кислоту. В результате цепочки химических реакций смещается реакция ткани в щелочную сторону кислотно-щелочного равновесия, что приводит к анальгезирующему, спазмолитическому эффекту, улучшает активность нервных окончаний. Изменение pH, расширение сосудов (вазодилатация) и релаксация мышечных волокон в месте применения углекислого газа улучшает трофику ткани.

В эстетической медицине, в основном, используется эффект стимуляции микроциркуляции крови в обработанном участке и способности усиленно вырабатывать коллаген. В результате исчезают морщины, уменьшается пигментация, улучшается цвет лица, появляется выраженный лифтинг-эффект и омоложение кожи. Окислительное и липолитическое свойство углекислого газа стимулирует разрушение жировых отложений.

Я ознакомлен(а) с показаниями: выпадение волос, целлюлит, локальные жировые отложения, снижение эластичности кожи.

Я ознакомлен(а) с противопоказаниями: возраст до 18 лет; беременность; период лактации; нарушения свертываемости крови в результате заболеваний или приема препаратов (гепарин, аспирин); воспалительный процесс в зоне введения препарата; системные аутоиммунные, онкологические и другие тяжелые хронические заболевания; повышение температуры накануне или в день процедуры, склонность к гипертрофическим рубцам, герпес в период обострения.

Я подтверждаю, что врач получил от меня максимально полную информацию о состоянии моего здоровья, а также отсутствие у меня противопоказаний к проведению данной процедуры.

Врач подробно объяснил мне особенности течения восстановительного периода и предупредил, что после процедуры могут возникать: отек, покраснение, болезненность, гематомы (синяки), Эти симптомы носят временный характер и исчезают через 2-3 суток.

Я обязуюсь в кратчайшие сроки известить врача, проводившего процедуру, обо всех случаях сохранения побочных реакций более одной недели. В редких случаях, возможно обострение герпетической инфекции в месте проведения инъекций, что требует незамедлительной консультации специалиста, проводившего процедуру.

Я подтверждаю, что лечащий врач объяснил мне, что существуют альтернативные возможности коррекции, но я предпочитаю им процедуру карбокситерапии с использованием препарата _____

Я подтверждаю, что мой лечащий врач на доступном для меня языке объяснил цель, ход процедуры карбокситерапии, проинформировал меня об особенностях процедуры для принятия

мною обдуманного решения, возможных рисках процедуры и нежелательных эффектах, болевых и других негативных реакциях, о возможной недостаточной эффективности или слабо выраженном эффекте процедуры при индивидуальной особенности организма.

Я предупрежден о необходимости соблюдать рекомендации после процедуры, мне предоставлена возможность задать до начала процедуры интересующие 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 коррекции _____

СХЕМА ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА



ФИО Пациента _____

Подпись _____

Дата _____

ФИО Врача _____

Подпись _____

Дата _____