

# 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 Плацентарной терапии

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 Плацентарной терапии кожи препаратом Лаеннек врачу \_\_\_\_\_

«Лаеннек» представляет собой гидролизат плаценты человека высокой степени очистки и является абсолютно натуральным, экологичным и естественным для нашего организма продуктом. Уникальные биоактивные вещества, содержащиеся только в плаценте, обеспечивают эффект омоложения кожи на клеточном уровне. «Лаеннек» - идеальный по своему составу препарат, в который входят 18 аминокислот, 11 факторов клеточного роста, около 40 минералов, витамины В1, В2, В6, В12, С, D, Е, свыше 100 ферментов, другие незаменимые вещества. Особенностью «Лаеннека» является то, что его компоненты активизируют регенерацию клеток. Плацентарная терапия также способствует выведению из организма токсинов и шлаков, улучшению гормонального статуса, повышению иммунитета. Курс плацентарной терапии восстанавливает структуру кожи на молекулярном уровне, дает эффект немедленного лифтинга, выравнивает цвет кожи, активно устраняет пигментные пятна, разглаживает морщины, моделирует овал лица.

Инъекции «Лаеннек» в косметологии используются в виде микроинъекций в биологически активные точки для омоложения кожи лица и тела, а также для лечения волос и кожи головы.

«Лаеннек» может комбинироваться с инъекционными методиками в косметологии и позволяет продлевать эффект от контурной пластики с использованием филлеров и мезонитей, не конфликтует с миорелаксантами на основе ботулотоксина и не препятствует проведению косметологических аппаратных и терапевтических процедур.

Процедура минимизирует морщины, увеличивает увлажненность и эластичность кожи, улучшает ее тонус и цвет, уменьшает проявления гиперпигментации. Биоревитализация 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 проводится 4 процедуры с интервалом 2 недели с дальнейшими поддерживающими процедурами 1 раз в 3 месяца, либо согласно рекомендациям врача. Продолжительность результата — от 3 до 6 месяцев.

Я предупрежден(а) о том, что долгосрочный и максимально выраженный результат от процедуры достигается при прохождении полного курса Плацентарной терапии.

Отсутствие видимых эстетических изменений не означает неэффективность проведенной процедуры

**Я ознакомлен(а) с противопоказаниями:** возраст до 18 лет; беременность; период лактации; нарушения свертываемости крови в результате заболеваний или приема препаратов (гепарин, аспирин); непереносимость компонентов испытуемого препарата; 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), неравномерное уплотнение мягких тканей в области инъекции. Эти симптомы носят временный

характер и исчезают через 3-5 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, появление акнеподобных элементов, что требует незамедлительной консультации специалиста, проводившего процедуру.

Я обязуюсь выполнять рекомендации, данные мне врачом: в течение 12 часов после процедуры запрещено наносить макияж, трогать, разминать область коррекции, следует использовать наружно средства, рекомендованные врачом, использовать солнцезащитные средства в целях предотвращения появления гиперпигментации. Массаж, физиотерапию химические пилинги, лазерные процедуры, баню, сауну, продолжительное воздействие солнца исключить на 7 дней. Следует исключить прием алкоголя за 2 дня до и 2 дня после проведенной процедуры.

**Я подтверждаю, что лечащий врач объяснил мне, что существуют альтернативные возможности коррекции, но я предпочитаю им процедуру Плацентарной терапии с использованием препарата Лаеннек**

**Я подтверждаю, что мой лечащий врач на доступном для меня языке объяснил цель, ход процедуры Плацентарной терапии, 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 клиником 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 \_\_\_\_\_

Анестезия \_\_\_\_\_

Препарат \_\_\_\_\_

### СХЕМА ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА



ФИО Пациента \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

ФИО Врача \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

