

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 МАССАЖА

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, _____
(фамилия, имя, отчество, дата рождения пациента)

даю свое согласие на проведение процедуры массажа. Процедура массажа — это совокупность приёмов механического и рефлекторного воздействия на ткани в виде растирания, давления, вибрации, проводимых непосредственно на поверхности тела человека как руками, так и специальными аппаратами через воздушную, водную или иную среду с целью достижения лечебного или иного эффекта.

Дополнительно к механическим воздействиям, для усиления эффекта, применяют массажные масла, а также различные ароматические, благовонные масла, лекарственные мази, гели, другие препараты.

Массаж положительно воздействует на физиологическое и эмоциональное состояние человека, может способствовать расслаблению и отдыху.

Время проведения процедуры от 30 мин, в зависимости от количества зон. Курс массажа включает от 10 сеансов в зависимости от состояния организма. При проведении курса массажа по коррекции фигуры для усиления эффекта необходимо придерживаться рекомендаций врача по соблюдению диеты и режима физической нагрузки. Процедура выполняется по показаниям, которые формулируются специалистом на основании субъективных пожеланий пациента и клинико-лабораторных методов обследования с учетом анатомо-физиологических особенностей в каждом конкретном случае.

Я ознакомлен(а) с противопоказаниями: беременность; период лактации; первые дни менструального цикла; открытые раны или поражения кожи; острые инфекционные и обострения хронических заболеваний, сопровождающиеся повышением температуры; обострение тяжелых хронических эндокринных, аутоиммунных, онкологических, гинекологических и других заболеваний; заболевания вен (варикозное расширение, тромбофлебит и др.); эпилепсия; судороги в анамнезе; хронические дерматозы в стадии обострения. **Я подтверждаю, что специалист получил от меня максимально полную информацию о состоянии моего здоровья, а также отсутствии у меня противопоказаний к проведению данной процедуры. Специалист подробно объяснил мне особенности течения восстановительного периода, возможных рисках процедуры, нежелательных эффектах, возможных болевых и других негативных реакций. Я обязуюсь выполнять рекомендации, данные мне специалистом.**

Я подтверждаю, что специалист объяснил мне, что существуют альтернативные возможности коррекции, но я предпочитаю им процедуру массажа. Я подтверждаю, что специалист на доступном для меня языке объяснил цель, ход процедуры массажа, проинформировал меня об особенностях процедуры для принятия мною обдуманного решения, дал мне возможность задать 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 специалиста

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 _____

Ф.И.О. Врача _____ Подпись _____

Дата « _____ » _____ 20 _____ г.

