

# 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 КУРСА ПРОЦЕДУР МЕЗОТЕРАПИИ

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 мезотерапии.

Процедура мезотерапии представляет собой метод, при котором внутрикожно или подкожно путем множества вколов вводится стерильный препарат, содержащий комбинации гиалуроновой кислоты и витаминно-минеральных комплексов. Процедура мезотерапии осуществляется с помощью шприцев, инжекторов (мануальная техника) и мезороллеров (аппаратная техника). Метод позволяет провести восстановление обезвоженной, увядающей кожи лица и области вокруг глаз, шеи, декольте, тыльной стороны кистей, внутренней поверхности рук, внутренней поверхности бедер, подготовку и восстановление кожи до и после процедур пилинга, лазерных шлифовок, фотоомоложения, пластических операций, перед и после активной инсоляции. Используется в комплексном лечении выпадения волос, угревой болезни, рубцов, в т.ч. растяжек. Процедура минимизирует выраженность морщин, увеличивает увлажненность и эластичность кожи, улучшает ее тонус и цвет, уменьшает проявления гиперпигментации. 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. Курс составляет 5 процедур 1 раз в неделю. Лечащий врач может изменить количество или частоту процедур с целью достижения максимального эффекта. Продолжительность результата — от 4 до 6 месяцев.

**Я предупрежден(а) о том, что долгосрочный и максимально выраженный результат от процедуры достигается при прохождении полного курса мезотерапии.** 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 используемого препарата; воспалительный процесс в зоне введения препарата; системные, онкологические и другие тяжелые хронические заболевания; наличие других материалов в зоне коррекции; повышение температуры накануне или в день процедуры.

**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 3-5 суток. Гематомы рассасываются через 7-10 дней. Не рекомендуется перегревать место введения препарата, до того, как спадет отек и исчезнет краснота.

**Я обязуюсь в кратчайшие сроки известить врача,** проводившего процедуру, обо всех случаях сохранения побочных реакций более 10 дней. В редких случаях, возможно обострение герпетической инфекции в месте проведения инъекций, появление акнеподобных элементов, аллергическая реакция на компоненты препарата, что требует незамедлительной консультации специалиста, проводившего процедуру.

**Я обязуюсь выполнять рекомендации данные мне врачом:** в первые 24 часа после процедуры запрещено трогать, разминать область коррекции, наносить декоративную косметику 12 часов, следует прикладывать холод 3-4 раза в сутки на 15 мин., наносить наружно средства, рекомендованные врачом, использовать солнцезащитные средства в целях предотвращения появления гиперпигментации, рекомендуется исключить на 14 дней массаж, физиотерапию, тепловые процедуры (баня, сауна, солярий). Следует отказаться от употребления алкоголя за 2 дня до и в течение 2 дней после.

**Я подтверждаю, что лечащий врач объяснил мне, что существуют альтернативные возможности коррекции, но я предпочитаю им процедуру мезотерапии.**

**Я подтверждаю, что мой лечащий врач на доступном для меня языке объяснил цель, ход процедуры мезотерапии, проинформировал меня об особенностях процедуры для принятия мною обдуманного решения,**

возможных рисках процедуры и нежелательных эффектах, возможных болевых и других негативных реакций, 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 « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

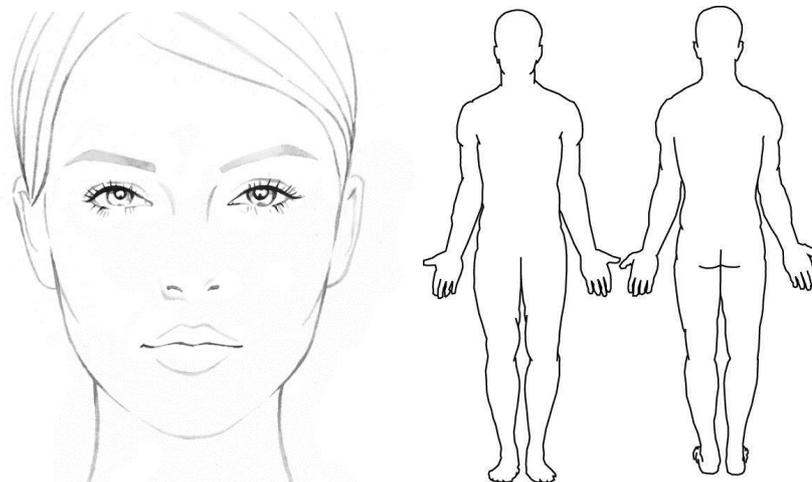
### ИНФОРМАЦИЯ О ПРОВЕДЕННОЙ ПРОЦЕДУРЕ

Зона воздействия \_\_\_\_\_

Анестезия \_\_\_\_\_

Препарат \_\_\_\_\_

### СХЕМА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ



Ф.И.О. Пациента \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О. Врача \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.