

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 МИКРОТОКОВОЙ ТЕРАПИИ/УХОДОВОЙ ПРОЦЕДУРЫ BIOGENIE

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 микротоковой терапии.

Микротоковая терапия — технология воздействия слабого импульсного тока с различными частотными характеристиками на кожные покровы, мышечную ткань, лимфатические и кровеносные сосуды. Основные эффекты воздействия микротоков: нормализуют обменные процессы в клетках, оказывают противовоспалительный эффект, усиливают лимфодренаж, стимулируют фибробласты, улучшают эластичность кожи, уменьшают отечность кожи и темные круги под глазами. Процедуры характеризуются накопительным эффектом. Окончательный эффект не может быть виден быстро. Необходимо проведение курса процедур.

Продолжительность процедуры 10-40 минут. Оптимальный курс составляет 10 процедур.

Интервал между процедурами: 1-3 дня. Повторный курс процедур можно выполнять не раньше, чем через 6 месяцев.

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: возраст до 18 лет; беременность; период лактации; открытые раны или поражения кожи в месте проведения процедуры; острые инфекционные и обострения хронических заболеваний, сопровождающиеся повышением температуры; обострение тяжелых хронических эндокринных, аутоиммунных, онкологических, гинекологических и других заболеваний; эпилепсия; судороги в анамнезе; инфаркты и инсульты; кардиопатия (заболевание сердца) и заболевания сосудистой системы; хронические дерматозы в стадии обострения в месте проведения процедуры; наличие кардиостимулятора или любого другого имплантированного устройства.

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: покраснение кожных покровов в месте контакта кожи с электродом, а также незначительная болезненность в процессе воздействия. В некоторых случаях могут появиться высыпания, наблюдается сухость кожных покровов, шелушение.

Я обязуюсь выполнять рекомендации, данные мне специалистом.

Я подтверждаю, что специалист объяснил мне, что существуют альтернативные возможности коррекции, но я предпочитаю им процедуру микротоковой терапии

Я подтверждаю, что мой специалист на доступном для меня языке объяснил цель, ход процедуры микротоковой терапии 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.

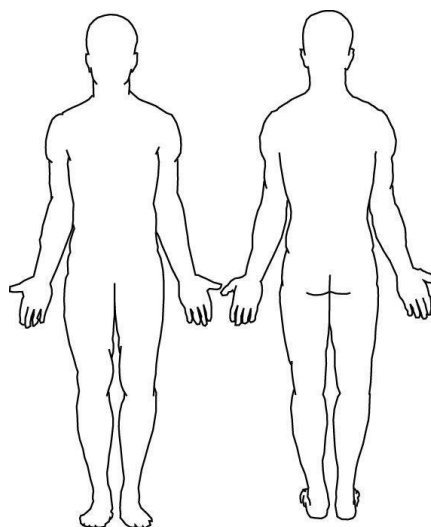
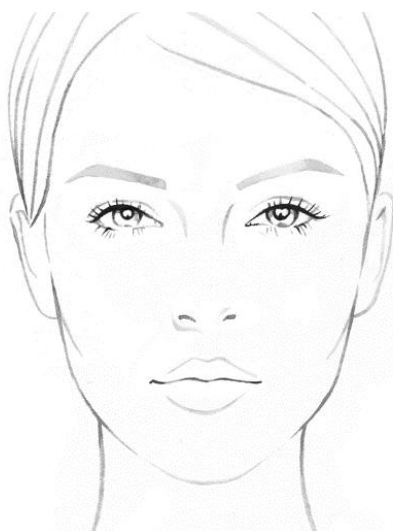
Я даю согласие на ее проведение и обязуюсь следовать рекомендациям специалиста. Я даю согласие на осуществление фотосъемки до и после проведения процедуры, хранение клиникой моих фотографий и использование их исключительно в целях контроля качества оказанных медицинских услуг. Я подтверждаю, что второй экземпляр согласия выдан мне на руки.

Ф.И.О. Пациента _____ Подпись _____

Ф.И.О. Врача _____ Подпись _____

Дата « _____ » _____ 20 ____ г.

ИНФОРМАЦИЯ О ПРОВЕДЕННОЙ ПРОЦЕДУРЕ



Ф.И.О. Пациента _____ Подпись _____

Ф.И.О. Врача _____ Подпись _____

Дата « _____ » _____ 20 ____ г.