

# 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 ПРЕССОТЕРАПИИ

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 Прессотерапии. Прессотерапия — это вид аппаратного массажа, основанный на механическом воздействии на кожу и подкожно-мировую клетчатку организма. Процедуры характеризуются накопительным эффектом. Окончательный эффект не может быть виден быстро. Необходимо проведение курса процедур. Продолжительность процедуры: 30-45 минут. Оптимальный курс составляет от 10 процедур. Интервал между процедурами: 1-7 дней. 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; первые дни менструального цикла; открытые раны или поражения кожи; опухоли кожи; грыжи (паховая, бедренная, поясничная); лимфадениты и лимфангиты острые инфекционные и обострения хронических заболеваний, сопровождающиеся повышением температуры; обострение тяжелых хронических эндокринных (узловые образования в щитовидной железе и др.), аутоиммунных, онкологических, гинекологических и других заболеваний; заболевание вен (варикозное расширение, тромбоз, флебит и др.); эпилепсия; судороги в анамнезе; хронические дерматозы в стадии обострения; нарушения свертываемости крови в результате заболеваний или прием препаратов, снижающих свертываемость крови (гепарин, аспирин и др.), воспалительный процесс в зоне воздействия.

**Я подтверждаю, что специалист получил от меня максимально полную информацию о состоянии моего здоровья, а также отсутствию 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. Обязуюсь выполнять рекомендации, данные мне специалистом.**

Я подтверждаю, что специалист объяснил мне, что существуют альтернативные возможности коррекции, но я предпочитаю им процедуру массажа прессотерапия. **Я подтверждаю**, что специалист на доступном для меня языке объяснил цель, ход процедуры прессотерапии, 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