

**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-77-01-013077 от 12.09.2016

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ  
СОГЛАСИЕ**

**на проведение процедуры  
на аппарате «Accent Prime»**

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 согласие на проведение процедуры на аппарате Accent Prime специалистом

Аппарат предназначен для лечения косметических дефектов кожи радиочастотным методом или радиочастотным методом в сочетании с ультразвуковым воздействием (выбор по показаниям) и прошу персонал ООО «Велнес Бьюти Студио» (далее по тексту — «Центр») о ее проведении. Метод заключается в избирательном нагреве соединительно-тканых волокон в глубине кожи с целью ее дальнейшего восстановления, уплотнения, подтяжки и обновления в зонах воздействия.

**Подтверждаю, что я ознакомлен(а) с характером предстоящей мне процедуры. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящей процедуры.**

**Я информирован(а)** о содержании и результатах процедуры, а также о том, что мне могут оказать альтернативные медицинские услуги в других медицинских учреждениях и на иных условиях.

**Я ознакомлен(а)** с распорядком и правилами режима, установленного в данном Центре, и обязуюсь их соблюдать.

**Мне разъяснено, и я осознаю**, что во время процедуры могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на то, что ход процедуры может быть изменен Врачом по его усмотрению.

**Я осознаю, что в зависимости** от индивидуальной чувствительности организма процедура может сопровождаться болезненными ощущениями; которые могут сохраняться в среднем в течение 72 часов после процедуры. **Я информирован(а) о том, что для достижения** максимально желаемого результата от процедуры в соответствии с медицинскими показаниями может возникнуть необходимость проведения курса процедур. **Я извещен(а), о том, что после процедуры** необходимо соблюдать меры по уходу за кожей в домашних условиях в соответствии с рекомендациями и назначениями Врача, в том числе Памяткой для Пациента, а также следует воздерживаться от пребывания на солнце в течение дней с даты проведения процедуры; курения, приема алкоголя и др. вредных привычек.

**Я понимаю, что невыполнение в полном объеме всех рекомендаций и назначений Врача может отрицательно сказаться на результате процедуры/курса процедур и быть причиной осложнений либо не благоприятных последствий, требующих последующего длительного лечения.**

**Мне, согласно моей воле, даны разъяснения** о возможных побочных явлениях и осложнениях после процедуры/курса процедур на подвергшихся обработке участках кожи: легкое покраснение, отечность (проходит обычно через 2-3 дня, в исключительных случаях может продолжаться до двух недель после процедуры); жжение на подвергшихся обработке зонах в течение 2-3 часов после процедуры (в исключительных случаях эффект может сохраняться в течение нескольких дней); приобретение бронзового оттенка кожи на обработанных участках. Эффект может сохраняться в течение 7-14 дней после процедуры; сухость кожи, шелушение в течение 5-7 дней после процедуры; увеличение глубины морщин (особенно у людей с тонкой сухой кожей) в первые 3-5 недель после процедуры. Эффект полностью устраняется через 2 месяца после процедуры; в редких случаях капиллярные кровотечения, отслоение эпителия, рубцевание, образование новых подкожных сосудов; обострение герпетической или бактериальной инфекции.

**Я осознаю, что перечисленные**, а также не упомянутые выше возможные осложнения и побочные явления, могут повлечь необходимость дополнительных хирургических, лечебных, диагностических процедур, что может потребовать от меня дополнительных денежных и временных затрат, возможного освобождения от работы.

**Мне разъяснено, и я осознаю, что я обязан(а) немедленно** сообщать Врачу о любом ухудшении самочувствия как во время проведения процедуры, так и после нее (в том числе при возникновении

волдырей, мелких кровоизлияний, выделения жидкости (мокнущая), кровоточивости, боли, изменения цвета кожи или иных явлений), а также согласовывать с Врачом прием любых, не прописанных лекарственных препаратов, мазей, кремов и т.д. **Я понимаю**, что процедура/курс процедур не гарантирует получения 100% желаемого результата. **Я согласен (согласна) с тем**, что используемая технология проведения процедур не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Центр не несет ответственности за их возникновение. **Я понимаю и согласен (согласна)**, что Центр не может нести ответственность за качество ранее проведенных процедур в других медицинских учреждениях и возникновение медицинских осложнений, связанных с такими процедурами. **Я ознакомлена** о необходимости информировать Врача о перенесенных мною заболеваниях, известных мне аллергических заболеваниях, противопоказаниях/индивидуальной непереносимости к приему препаратов, а также о злоупотреблениях алкоголем и наркотическими препаратами. Все перенесенные и сопутствующие заболевания я правдиво изложил(а) в Анкете о состоянии здоровья, подписанной мною собственноручно, находящейся в моей медицинской карте, так как понимаю, что результат процедуры зависит в том числе и от моего исходного состояния здоровья, а также анатомических особенностей моего организма.

**Я информирован(а)** об абсолютных противопоказаниях для проведения процедуры: беременность, кормление грудью, эпилепсия, псориаз, atopический дерматит, различные инфекции в стадии обострения, не отключаемые имплантированные электромагнитные устройства. Частные противопоказания обсуждаются с Врачом на основании данных, указанных в Анкете о состоянии здоровья.

**Я не возражаю против записи процедуры на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием — исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны. Я удостоверяю**, что текст моего информированного согласия на проведение процедуры мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют. **На все заданные вопросы я получил(-а) удовлетворившие меня ответы. Мое решение является свободным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение данной процедуры.**

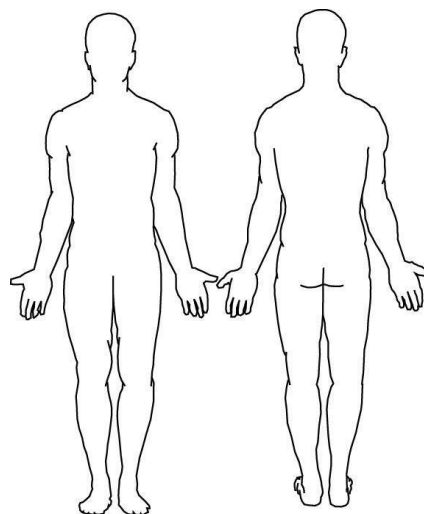
ФИО Пациента \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

ФИО Врача \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

## Информация о проведенной процедуре

Зона(зоны) воздействия \_\_\_\_\_

Параметры процедуры \_\_\_\_\_



ФИО Пациента \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

ФИО Врача \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_