

# 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 КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВНУТРИДЕРМАЛЬНОГО ИМПЛАНТА «RADIESSE»

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 введения препарата «Radiesse™» в косметических целях. Препарат «Radiesse» представляет собой стерильный, биологически разлагаемый имплантат, состоящий из микросфер синтетического гидроксиапатита кальция, взвешенных в геле-носителе, и предназначен для введения в глубокие слои мягких тканей лица и тела. Контурная пластика с использованием препарата «Radiesse» позволяет провести восстановление объема щек и глубоких складок, изменение формы скул и подбородка, омоложение кистей рук, коррекцию спинки носа, улучшение овала лица, коррекцию носогубных и губоподбородочных складок, армирование мягких тканей лица, уплотнение кожи. Процедура выполняется по показаниям, которые формулируются врачом на основании субъективных пожеланий пациента и клинко-лабораторных методов обследования с учетом анатомо-физиологических особенностей в каждом конкретном случае. Для достижения желаемого результата может потребоваться несколько процедур. Коррекция одной зоны проводится не ранее чем через 7 дней, повторная процедура проводится через 1 месяц. Продолжительность результата — от 12 до 24 месяцев.

**Я ознакомлен(а) с противопоказаниями:** возраст до 18 лет; беременность; период лактации; прием препаратов, снижающих свертываемость крови (гепарин, аспирин); воспалительный процесс в зоне введения препарата; аутоиммунные, 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 подтверждаю 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, снижение чувствительности, гематомы (синяки), неравномерное уплотнение мягких тканей в области инъекции. Эти симптомы носят временный характер и исчезают через 3-5 суток.

Уплотнения в зоне введения препарата и гематомы рассасываются через 7-10 дней.

**Я обязуюсь выполнять рекомендации, данные мне врачом:** в первые 24 часа после процедуры запрещено трогать, разминать область коррекции; рекомендуется прикладывать холод 3-4 раза в сутки на 15 минут; наносить наружно мазь «Траумель С»; следует отказаться от алкоголя на 1 неделю; массаж, физиотерапию, тепловые процедуры (баня, сауна, солярий) исключить на 1 месяц; прием иммуностимулирующих препаратов исключить на 1 месяц.

**Я подтверждаю, что лечащий врач объяснил мне, что существуют альтернативные возможности коррекции, но я предпочитаю им процедуру контурной пластики с использованием внутридермального импланта «Radiesse».**

**Я подтверждаю, что для принятия мною обдуманного решения лечащий врач на доступном для меня языке объяснил мне цель, ход процедуры контурной пластики с использованием внутридермального импланта «Radiesse», проинформировал меня об особенностях процедуры, 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 инъекции \_\_\_\_\_

Анестезия \_\_\_\_\_



Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

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

