

# 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 МИКРОИГОЛЬЧАТОГО RF-ЛИФТИНГА НА АППАРАТЕ SCARLET S

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)

настоящим подтверждаю и даю согласие на проведение мне косметологической процедуры микроигльчатый RF - лифтинг на аппарате Scarlet S (далее - процедура).

Перед проведением вышеуказанной косметологической процедуры Врач в доступной форме проинформировал меня о процедуре, методике, порядке и правилах её проведения, применяемом оборудовании, механизме действия, времени наступления ожидаемого результата (эффекта).

Микроигльчатый RF-лифтинг - это эффективный метод фракционного микроигльчатого воздействия, предназначенный для улучшения качества кожи и объемной подтяжки тканей за счет строго контролируемого воздействия биполярной радиочастотной энергией, глубина проникновения которой составляет 0,5-3,5 мм. Для выполнения процедуры используется индивидуальная стерильная насадка с тончайшими позолоченными микроиглами — микроигльчатыми электродами, которые доставляют RF-энергию концентрированно в нужный слой кожи.

**Врачом не разъяснено, что** для достижения желаемого результата рекомендуется курс из 3-12 процедур. Интервал между процедурами: 1 месяц. Повторный курс процедур можно выполнять не раньше, чем через 6 месяцев. В каждом конкретном случае Врач может изменить количество процедур для получения максимального эффекта. Окончательный косметический эффект не может быть виден быстро. В зависимости от многих индивидуальных особенностей восстановительный период после процедуры протекает с разной скоростью. Процедура выполняется по показаниям, которые формулируются Врачом на основании субъективных пожеланий пациента (при отсутствии противопоказаний) и клинико-лабораторных методов обследования с учетом анатомо-физиологических особенностей пациента, индивидуально.

**Я предупрежден(а) о противопоказаниях к процедуре:** возраст до 18 лет; беременность; период лактации; склонность к келоидным рубцам; аутоиммунные, иммунодепрессивные состояния; онкологические, эндокринные и другие тяжелые хронические заболевания, некомпенсированная сердечная и/или легочная недостаточность, сахарный диабет в стадии декомпенсации, эпилепсия; кожные заболевания в стадии обострения, острый инфекционный процесс или воспалительный процесс в зоне процедуры, герпес-вирусные инфекции; повышение температуры тела накануне или в день процедуры; наличие кардиостимулятора или любого другого имплантированного устройства, металлические или любые другие - импланты в области лечения; прием препаратов, снижающих свертываемость крови (гепарин, аспирин и др) и иммунодепрессантов; наличие других материалов в зоне коррекции; проведение неинвазивных методов лечения (светотерапия, лазерная терапия, радиочастотная терапия или иное лечение с помощью косметических средств) в предыдущие 2-3 недели; проведение инвазивного фракционного лазерного лечения в предыдущие 6-12 недель. **Я отрицаю наличие у меня любого из вышеперечисленных состояний и обязуюсь сообщить Врачу о их появлении.**

**Я предупрежден(а) врачом о возможных побочных эффектах (осложнениях):** умеренное покраснение кожи, ощущение дискомфорта, жжения; появление болезненности в зоне проведения процедуры; отек, интенсивность отека зависит от типа кожи, размера очага и его локализации; изменение пигментации кожи (гипо/гиперпигментации); в редких случаях образование рубцовой ткани.

**Я подтверждаю, что максимально в полном объеме сообщил (а) Врачу достоверную информацию о себе и состоянии моего здоровья,** а именно: о перенесенных в течение жизни заболеваниях (в т.ч. наследственных, заболеваниях крови, щитовидной железы); травмах, операционных и анестезиологических вмешательствах; аллергических реакциях (в т.ч. отек Квинке, анафилактический шок); индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов и других веществ; хронических сопутствующих заболеваниях, вредных привычках, принимаемых лекарственных препаратах, состоянии беременности; о проведении подобной процедуры ранее и её результатах; об отсутствии у меня противопоказаний к проведению процедуры

**Мне разъяснено, что Врач при формулировании показаний и определении противопоказаний к проведению процедуры, учитывает предоставленную мною информацию о моем здоровье, записанную с моих слов и/или на основании предоставленных мною документов, и что Врач не будет нести ответственность за возможные осложнения и нежелательные последствия для моего здоровья, наступившие в результате предоставления мной Врачу неполной и/или недостоверной информации**

**Мне в полном объеме предоставлена информация об особенностях течения восстановительного периода и в доступной форме разъяснено о необходимости соблюдения рекомендованного Врачом режима, который я обязуюсь соблюдать, а именно: в первые 24 часа после процедуры запрещено нанесение косметических средств; в течение 1 месяца после процедуры обязательно использование солнцезащитных кремов с SPF фактором 50+; исключить употребление алкогольных напитков, посещение бани, сауны, солярия на 2 недели после процедуры.**

**Я извещен (а) о том, что несоблюдение режима и рекомендаций Врача может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья, эффективности процедуры и вызвать осложнения**

**Я обязуюсь выполнять все рекомендации Врача, а также обязуюсь после проведения процедуры незамедлительно сообщать Врачу обо всех случаях ухудшения самочувствия, возможных побочных эффектах и осложнениях, явиться в назначенные день и время на прием к Врачу.**

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы от Врача. Мне в достаточной мере было предоставлено время для обдумывания и принятия окончательного решения по вопросу проведения процедуры. Мне разъяснено, что у меня есть выбор - прибегнуть к процедуре микро игольчатого RF-лифтинга на аппарате Scarlet 5 или отказаться от процедуры до момента начала её проведения.

Я ознакомлен(а), и я согласен (на) с порядком предоставления и оплаты косметологической процедуры

**Я даю согласие на осуществление фотосъемки до и после проведения косметологической процедуры, на хранение клиникой моих фотографий, использование их исключительно в целях контроля качества и оценки результатов проведенной косметологической процедуры**

Я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение и даю согласие на проведение мне косметологической процедуры микроигольчатого RF-лифтинга на аппарате Scarlet S.

**Я подтверждаю, что второй экземпляр согласия Выдан мне на руки**

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

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

### ИНФОРМАЦИЯ О ПРОВЕДЕННОЙ ПРОЦЕДУРЕ

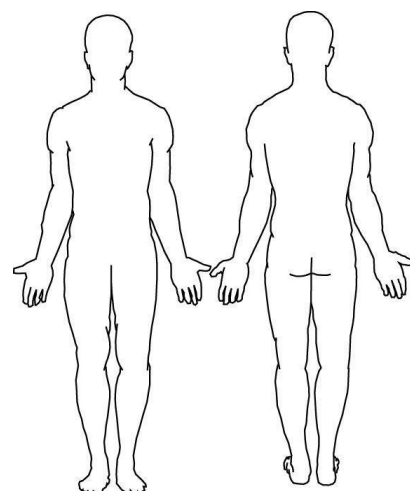
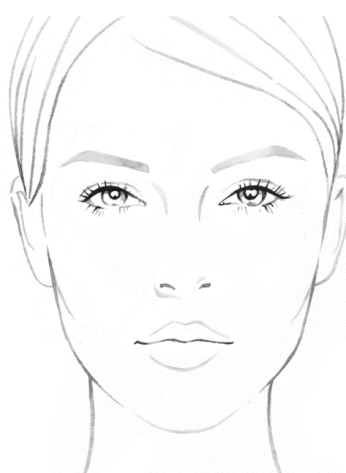
Зона  
воздействия \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Параметры процедуры

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



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

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

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