

**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 Soprano XL**

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».

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ на проведение лазерной эпиляции на аппарате Soprano XL

Я, _____,
добровольно, согласно моей воли и желания, даю согласие на выполнение мне процедуры Врачом

на аппарате **Soprano XL**, предназначенном для лазерного (фото) удаления нежелательных волос. Метод лазерного удаления нежелательных волос заключается в избирательном поглощении пигментом волоса определенного спектра светового излучения с последующим разрушением волосяной луковицы.

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.

Добровольно даю свое согласие на медицинское вмешательство для проведения процедуры: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр.

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 неблагоприятных 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. Это нормальная реакция кожи, которая проходит обычно через 2-3 дня, хотя в некоторых случаях может продолжаться до двух недель; болезненность разной степени выраженности и жжение на подвергшихся обработке зонах в течение 2-3 часов после процедуры (в исключительных случаях эффект может сохраняться в течение нескольких дней); возможное появление корок, волдырей и синяков, особенно после процедур, проведенных на высоких параметрах; временное изменение пигментации, особенно у пациентов с IV-V фототипом. Потемнение пигментированных участков после процедуры – норма; временное повышение чувствительности кожи; 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, 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, атопический 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.**

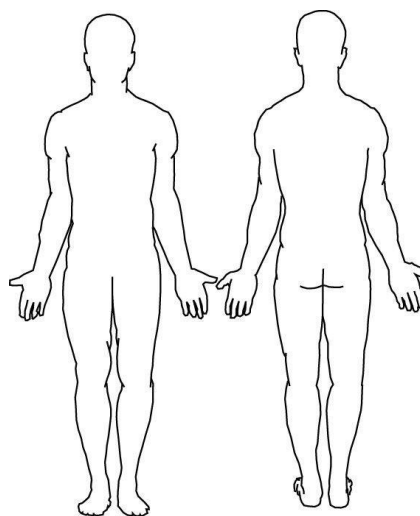
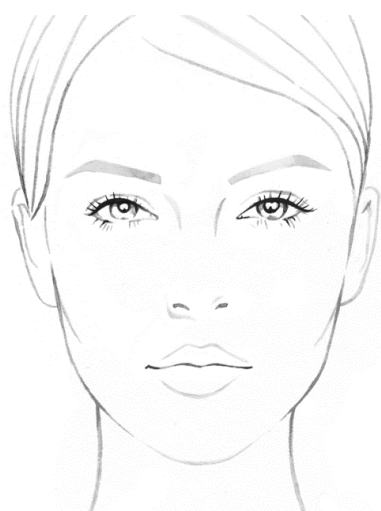
ФИО Пациента _____ Подпись _____ Дата _____

ФИО Врача _____ Подпись _____ Дата _____

Информация о проведенной процедуре

Зона воздействия _____

Параметры процедуры _____



ФИО Пациента _____ Подпись _____ Дата _____

ФИО Врача _____ Подпись _____ Дата _____