

# 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 «THERMAGE»

Составлено и предлагается пациенту  
в соответствии со статьей 20 ФЗ  
от 21.11.2011 №323-ФЗ  
«Об основах охраны здоровья граждан  
в Российской Федерации».

Я, \_\_\_\_\_,  
даю согласие на проведение процедуры на аппарате «Thermage» специалистом

Радиочастотный метод/ радиочастотный метод в сочетании с ультразвуковым воздействием 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 подтверждаю, что ознакомлен(а) с противопоказаниями к проведению процедуры:** 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 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, 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.

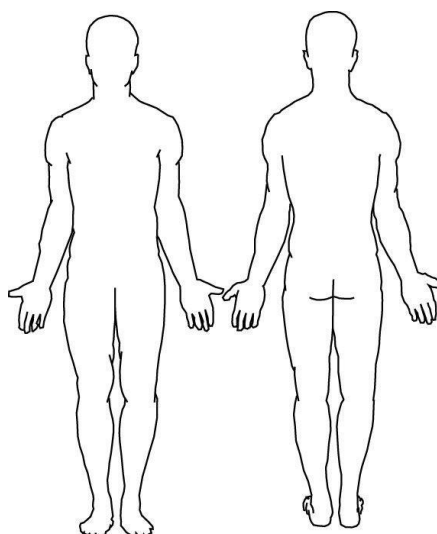
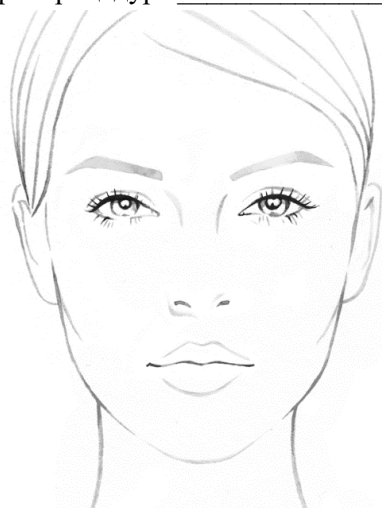
**Я не возражаю против записи процедуры на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием — исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на проведение процедуры мною прочитан, 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 \_\_\_\_\_

### Информация о проведенной процедуре

Зона воздействия \_\_\_\_\_

Параметры процедуры \_\_\_\_\_



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

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