**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ №7**
**На проведение аппаратных косметологических процедур**
**(RF-лифтинг, лазерные процедуры, микротоки, SMAS-лифтинг и др.)**

Медицинская организация: ООО «СК ЛУЧ»
Медицинская косметология «Лайтрум»
ИНН: 5047176400/ОГРН: 1155047012922
Адрес: 141407, Московская область,
г. Химки, ул. Молодёжная, д. 5
Телефон: +7 (991) 882-58-32
E-mail: Laitrumcosmetolg@yandex.ru

**Пациент**: Ф.И.О _____

Дата рождения: «___» _____ ____ г. Возраст: _____ лет

Паспорт (серия, номер, кем и когда выдан): _____

Адрес регистрации/проживания: _____

Телефон: _____Дата заполнения: «___» _____ ____ г.

**1. Общие сведения о процедурах**
Мне разъяснено, что аппаратные косметологические процедуры основаны на воздействии на кожу и подлежащие ткани различными физическими факторами (радиочастотное излучение, лазерное излучение, ультразвук, микротоки и др.) с использованием сертифицированного оборудования.

**2. Цели процедур**
- Улучшение тонуса и упругости кожи;
- Уменьшение выраженности морщин и заломов;
- Выравнивание рельефа кожи, уменьшение рубцов и постакне (для отдельных методик);
- Уменьшение пигментации (для определённых видов лазерных процедур);
- Стимуляция микроциркуляции и обменных процессов.

**3. Ощущения во время процедуры и нормальные реакции**
Возможны:
- Чувство тепла, покалывания, лёгкого жжения;
- Вибрация, мышечные сокращения (при миостимуляции);
- Покраснение и небольшой отёк кожи;
- Ощущение сухости и стянутости.

Указанные реакции, как правило, проходят самостоятельно в течение нескольких часов – нескольких дней.

**4. Возможные осложнения и риски**
Возможны:
- Ожоги кожи различной степени тяжести (лазер, RF);
- Образование корочек, шелушение, рубцевание (в редких случаях);
- Нарушение пигментации (гипер- или гипопигментация);
- Длительное покраснение и отёк;
- Инфицирование обработанной области;
- Обострение герпетической инфекции;
- Аллергические реакции на контактные средства (гели, кремы и др.).

**5. Противопоказания**
Конкретный перечень зависит от методики и включает:
- Онкологические заболевания;
- Беременность и лактацию (для большинства методик);
- Эпилепсию;
- Наличие кардиостимулятора (для RF, миостимуляции и ряда методик);
- Наличие металлических имплантов в зоне воздействия (для RF и ряда методик);
- Выраженные сердечно-сосудистые заболевания (по решению врача);
- Острые инфекционные заболевания, лихорадку;

- Воспалительные и гнойные процессы кожи в зоне обработки.

**6. Альтернативы и последствия отказа**

Альтернативы: инъекционная косметология, нитевая подтяжка, пластическая хирургия, уходовые процедуры, отсутствие вмешательства.

Отказ не угрожает жизни, но может привести к сохранению или постепенному прогрессированию эстетических изменений.

**7. Рекомендации после процедур**

Я уведомлён(а):

- Соблюдать рекомендации по уходу за кожей;
- По показаниям: избегать загара, сауны, бани, горячих ванн в установленный врачом срок;
- При появлении необычных или выраженных реакций обращаться к врачу.

**8. Согласие на обработку персональных данных**

Я даю согласие на обработку моих персональных данных, включая сведения о состоянии здоровья, в целях оказания медицинской помощи, ведения медицинской документации и выполнения требований законодательства РФ (в том числе Федерального закона № 323-ФЗ и № 152-ФЗ).

Я уведомлён(а) о праве отозвать согласие в порядке, установленном законодательством РФ.

**9. Права пациента и подтверждение информированности**

Мне разъяснены мои права:

- Право на получение информации о состоянии здоровья и предлагаемых методах лечения в доступной форме;
- Право задавать вопросы врачу и получать на них ответы;
- Право на отказ от медицинского вмешательства или требование его прекращения (за исключением случаев, предусмотренных законом);
- Право на получение второго мнения другого специалиста;
- Право получить копию настоящего информированного добровольного согласия.

Я подтверждаю, что получил(а) всю необходимую информацию, изложенную понятным языком, задал(а) все интересующие вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы.

Решение о проведении инъекционных процедур принимаю **добровольно**.

Копию информированного добровольного согласия:

[ _____ ] получил(а)  [_____ ] от копии отказался(ась)

Пациент: _____ /_____/
(подпись)  (ФИО)

Врач (косметолог): _____ /_____/
(подпись)  (ФИО полностью)

Дата: «___» _____ ____ г.