Руководителю ООО «СК «Луч»
Чижевская Лана Валерьевна

От _____
Адрес проживания _____

_____,
Паспорт _____
_____

Информированное добровольное согласие пациента на получение платных медицинских услуг

Я, _____, настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в Обществе с ограниченной ответственностью ООО «СК «Луч» Косметология «ЛАЙТРУМ»

Настоящая форма разработана в соответствии с положениями п. 28 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006.

Я ознакомлен(-а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания, и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых Обществом с ограниченной ответственностью ООО «СК «Луч»

Я ознакомлен(-а) с техническими особенностями и противопоказаниями не инвазивных и инвазивных процедур и даю свое согласие на проведение:

Косметологической чистки лица;введение инъекционных тканевых наполнителей; инъекции препаратов токсина ботулизма; инъекционную коррекцию рубцовой ткани; мезотерапию; методов аппаратной косметологии; биоревитализацию; биоструктуризацию; пилинг срединный; инъекционное введение лекарственных препаратов.

Я проинформирован(-а) о нижеследующем:

- Процедура проводится на основании лицензии о медицинской деятельности № ЛО-50-01-007592 от 19.04.2016
- суть метода состоит во введении фармакологических препаратов и косметических гелей в дермальный слой кожи с помощью прямых инъекций.
- в качестве фармаркологических препаратов используются аптечные аллопатичные и гомеопатические препараты-витамины, микроэлементы, биологически активные препараты, укрепляющие сосуды и кожу, оказывающие оздоравливающее, тонизирующее, липолитическое действие, а также специальные косметологические гели, разрешенные к применению на территории России.
- услуга выполняется дипломированным врачом-косметологом. Врач информирует клиента о характере оказываемой услуги, назначает средства для ухода за кожей.

Процедура проводится в асептических условиях, стерильными одноразовыми инструментами с соблюдением всех мер дезинфекции.

Я предупрежден(-а) о том, что процедуру сопровождает болезненность в местах введения препарата.

Я предупрежден(-а), что после процедуры могут возникнуть небольшие кровоизлияния, отечность, гиперпигментация, гиперемия (покраснения) кожи, точечные корочки в местах вколов.

Я предупрежден(-а), что в некоторых случаях процедура может вызвать токсико- аллергическую реакцию вследствие индивидуальной непереносимости препаратов, не зависящую от квалификации врача и правильности выполнения процедуры.

Я осведомлен(-а) о том, что курс лечения проводится в несколько сеансов, количество которых зависит от индивидуальной реакции организма на процедуру и степени выраженности изменений, которые необходимо устранить.

Я осведомлен(-а), что эффективность мезотерапии ограничивается лишь улучшением вида очага целлюлита, локального отложения жира, морщин и состояния кожи и волос, степень которой зависит от индивидуальных особенностей моего организма.

Настоящим я подтверждаю вышеуказанные данные и заверяю, что:

Я предупрежден(-а), что не соблюдение рекомендаций врача-косметолога по домашнему уходу за кожей освобождает Общество с ограниченной ответственностью «СК «ЛУЧ» от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

Я полностью осознал(-а) значимость полученной информации для моего здоровья (здоровья пациента), в частности если я отношусь к группе риска по распространению вирусов гепатита В, С, ВИЧ и других болезней.

Я сообщил(-а) врачу все сведения о состоянии моего здоровья и имеющихся заболеваниях, а также имел возможность задать любые интересующие вопросы касательно состояния здоровья, процедур и лечения и получил на них удовлетворительные ответы.

Мне разъяснено в доступной для меня форме цели, методы вмешательства, связанные с ними риски, их последствия, а также даны врачебные рекомендации.

В случае несообщения клиентом сведений о каких-либо имеющихся заболеваниях, ведущих к возможному осложнению после оказания услуги, Общество с ограниченной ответственностью ООО «СК«ЛУЧ» ответственности не несет.

Клиенту необходимо соблюдать следующие рекомендации:

В день сеанса:

- ✓ Не использовать косметические препараты- крем, молочко, лосьон, духи, в зоне воздействия.
- ✓ Избегать приема препаратов, разжижающих кровь(антикоагулянтов) таких, как: аспирин, препаратов с ацетилсалициловой кислотой за 24 часа до сеанса и 48 часов после сеанса.
- ✓ Не проводить сеансы мезотерапии в период менструаций.
- ✓ При мезотерапии тела не надевать джинсы или другую плотную одежду во избежание инфицирования.
- ✓ После сеанса:
- ✓ Избегать солнечной экспозиции в течение 48 часов
- ✓ Избегать температуры ниже 0 градусов по Цельсиию
- ✓ Не массировать места введения препарата
- ✓ Не принимать душ, ванну в течение дня.
- ✓ Не посещать баню, сауну, солярий, физиопроцедуры в течении 72 часов.
- ✓ Не пользоваться в течение 48 часов косметическими препаратами.
- ✓ Выполнять все предписания врача.
- ✓ При подозрении на аллергическую реакцию-появление красноты, зуд, отек- обратитесь к врачу-специалисту.

Информацию до пациента довел:_____

[**Подпись, инициалы, фамилия врача, число, месяц, год**]

Пациент: _____

[**Подпись, инициалы, число, месяц, год**]