

**Общество с ограниченной ответственностью
«ЭСТЕТИК ЛАЙФ»**

Юридический адрес: 680013 г. Хабаровск, ул. Шабалина 19А
ИНН 2721225484 КПП 272101001 ОГРН1162724073841
Почтовый адрес: 680013 г. Хабаровск, ул. Шабалина 19А Тел.:
+7-924-221-7000

**Информированное добровольное согласие на проведение процедуры на системе
Harmony Lite (SSR, DYE-VL)**

Я, _____, даю свое согласие на проведение процедуры на системе Harmony Lite, зона обработки _____
врачом _____

Я ознакомлен(а) с техническими особенностями процедуры, порядке и правилах ее проведения, механизме действия и времени наступления ее эффекта.

Врач проинформировал меня о показаниях к применению процедуры: Сосудистые и пигментные повреждения, розацея; снижение упругости и тонуса кожи, появление морщин; тусклый цвет лица; расширенные поры.

Я ознакомлен(а) со списком противопоказаний к проведению процедуры:

- беременность (включая экстракорпоральное оплодотворение), кормление грудью; онкологические заболевания; нарушение свертываемости крови, прием антикоагулянтов; эпилепсия, диабет (инсулинозависимый), наличие кардиостимулятора; фотодерматозы; келоидная болезнь, наличие в анамнезе обширных ожогов; длительное пребывание на солнце или солярии от 3-х до 4-х недель перед началом лечения; менее 3-4х недель химического пилинга и подобных процедур, острые инфекционные заболевания; гормональные нарушения; активный инфекционный процесс, кожные болезни в зоне предполагаемой обработки (герпес, экзема); прием фотосенсибилизирующих препаратов (антибиотики тетрациклинового ряда, метатрексат, роаккутан, ретинол);

Я проинформирован(а) о возможных последующих нежелательных явлениях:

Покраснение, отечность от 1 до 7 суток, возможны гематомы, образование корочек, пигментация.

Я осведомлен(а) об альтернативных медицинских услугах, а так же о том, что я имею право на выбор иного медицинского учреждения в соответствии с законодательством РФ. Мне разъяснено, что перед проведением процедуры я имею право отказаться от процедуры

Я поставлен(а) в известность о необходимости соблюдать рекомендованный Врачом режим:

- воздержаться от прямого воздействия солнечных лучей и солярия в течение месяца после проведения процедуры,

- не применять грубые скрабы в течение недели.

- исключить тепловые процедуры в течение суток (бани, сауны, горячий душ).

- обязуюсь согласовать с врачом прием любых лекарственных средств до и после процедуры.

Я извещен(а) о том, что несоблюдение режима и рекомендаций Врача может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Обязуюсь выполнять все рекомендации Врача, а также обязуюсь после проведения процедуры незамедлительно сообщить Врачу о всех случаях ухудшения самочувствия, возможных побочных эффектах и осложнениях, явится на прием к Врачу.

Я получил(а) ясные и понятные мне ответы на интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья и процедуры. С учетом всех имеющихся данных и перечисленного выше, Я даю добровольное согласие и настаиваю на проведении мне процедуры на аппарате Harmony Light.

Мне разъяснено, что для достижения максимального эффекта необходимо несколько процедур. **Я соглашаюсь с тем**, что хотя предложенные медицинские услуги направлены на получение ожидаемого мной косметического результата, медицинские услуги являются вмешательством в биологический организм, и как любое медицинское вмешательство не могут иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов медицинской услуги.

Я даю согласие на фотографирование и видеосъемку, понимая, что эти материалы останутся собственностью центра. Я разрешаю публиковать эти фото- и видеоданные или связанную с ними информацию в профессиональных изданиях, книгах, использовать с целью обучения или научно-исследовательских целях. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой данных фотографий мое имя не будет упомянуто.

Настоящее информированное добровольное согласие подписано мною в 2-х экземплярах.

Экземпляр информированного добровольного согласия, содержащее всю информацию о процедуре и рекомендациями врача мною получены.

Дата « ____ » _____ 2023 г. Подпись пациента: _____ Подпись врача: _____