

Информированное согласие на оказание процедуры РФ-лифтинг

Я, пациент (законный представитель),

_____ в соответствии со ст. ст.20, 22, 27, 84 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
323 - ФЗ доверяю врачу:

_____ выполнить процедуру радиочастотный лифтинг.
Ознакомлен(а) с техническими особенностями процедуры и даю свое согласие на ее проведение в области: _____

1. Осведомлен(а), что курс лечения проводится в несколько сеансов (5-10) с интервалом 7-10 дней.
2. Предупрежден(а), что во время процедуры возможна: дискомфортные ощущения в виде жжения, отечность, покраснение кожи. Эти реакции самопроизвольно проходят через 1-3 дня. При очень чувствительной коже они могут сохраняться до 7 дней.
3. Я сообщил(а) врачу все известные мне сведения о наличии заболеваний, травм, аллергических реакций, о препаратах, принимаемых в настоящее время, о процедурах и манипуляциях, выполненных в течение предыдущего года и осуществляемых в настоящее время в других медицинских и/или косметологических учреждениях. Я предупрежден(а), что в случае неполной или недостоверной информации о состоянии моего здоровья в результате проведения процедуры могут возникнуть осложнения или эстетический дефект (рубцевание, нарушение пигментации, ожог).
4. Осведомлен(а), что процедура не является радикальным лечебным мероприятием, следовательно, ее эффективность ограничивается лишь улучшением состояния кожи, уменьшением выраженности мелких морщин, уплотнением кожи.
5. Предупрежден(а), что несоблюдение рекомендации косметолога по домашнему уходу за кожей освобождает учреждение от ответственности за неблагоприятный исход процедуры, эти рекомендации изложены в «рекомендациях», которые я получил(а).
6. Мне ясно, что предложенное лечение направлено на улучшение качества моей кожи и достижения эстетического результата. Я осознаю, что перспективы и результаты предложенного мне лечения зависят от особенностей моего организма, текущего и последующего состояния здоровья, от соблюдения рекомендаций врача по сохранению результата лечения, посещения профилактических осмотров.
7. Я проинформирован(а), что результат лечения может отличаться от ожидаемого мной и не может быть гарантирован.
8. Я знаю, что в целях максимальной эффективности проводимого мне лечения, я обязан(а) поставить в известность врача о всех проблемах, связанных с моим здоровьем, наследственностью, аллергическими проявлениями, индивидуальной непереносимостью лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами в настоящее время и прошлом.
9. Даю свое согласие на проведение контрольных фотоснимков до, и после процедуры для сравнительной оценки, также знаю, что проводится видеосъемка в процессе проведения процедуры.

Все медицинские термины мне разъяснены и понятны.

Лист информированного согласия мною прочитан, осознан и понят, достаточен для принятия решения о согласии на получение медицинских услуг.

Дата « ____ » _____ 2024 г. Подпись пациента: _____ Подпись врача: _____