

**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 согласие на оказание процедуры МЕЗОТЕРАПИЯ

Я, пациент (законный представитель),

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

_____ выполнить процедуру мезотерапии.

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 (6-10) с последующими поддерживающими процедурами и требует сопутствующего и последующего ухода за кожей в домашних и клинических условиях.
2. Предупрежден(а), что во время процедуры возможна болезненность в местах введения препарата.
3. Предупрежден(а), что после процедуры могут возникнуть кровоизлияния, отечность, гиперпигментация, гиперемия (покраснение) кожи, небольшие корочки в местах вкола.
4. Предупрежден(а), что в некоторых случаях процедура может вызвать токсико-аллергическую реакцию.
5. Осведомлен(а), что процедура не является радикальным лечебным мероприятием, следовательно, ее эффективность ограничивается лишь улучшением вида очагов целлюлита, локального отложения жира, морщин и состояния кожи и волос (в зависимости от области применения).
6. Осведомлена, что процедура не проводится при обострении хронических и наличии острых заболеваний (повышение температуры и т. д.).
7. Предупрежден(а), что несоблюдение рекомендации косметолога по домашнему уходу за кожей освобождает учреждение от ответственности за неблагоприятный исход процедуры, эти рекомендации изложены в «памятке пациента», которую я получил(а).
8. Даю свое согласие на проведение контрольных фотоснимков до, и после процедуры для сравнительной оценки, также знаю, что проводится видеосъемка в процессе проведения процедуры.

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.

Я проинформирован(а), что результат лечения может отличаться от ожидаемого мной и не может быть гарантирован.

Я проинформирован(а), что исполнитель при оказании услуги качественно выполняет все клинические и технологические этапы диагностики и лечения.

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.

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: _____