

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

Юридический адрес: 680013 г. Хабаровск, ул. Шабалина 19А
ИНН 2721225484 КПП 272101001 ОГРН 1162724073841
Почтовый адрес: 680013 г. Хабаровск, ул. Шабалина 19А
Тел.: +7-924-221-7000

Информированное согласие на оказание процедуры микроотоковая терапия

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 микроотоковая терапия.

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 (4-10) с интервалом каждый день или через день.
2. Мне известны показания к услуге и противопоказания к ней. Показаниями являются: сухость кожного покрова, птоз тканей, нарушение микроциркуляции, тусклый цвет лица, отечность. Противопоказания: беременность и лактация, эпилепсия, психические расстройства, наличие металлических имплантатов и кардиостимулятора, онкологические заболевания, наличие любых новообразований в области проведения процедуры, хронические заболевания в стадии обострения и декомпенсации, индивидуальная непереносимость электрического тока, любые формы эпилепсии, тяжелые соматические заболевания, вирусные и инфекционные заболевания в острой фазе и сопровождающиеся повышением температуры, не проводится в области родимых пятен и при острых воспалительных процессах кожи лица, не стоит также применять данную терапию при наличии в костях металлических штифтов и золотых нитей под кожей, вшитых для восстановления упругости кожи.
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.
4. Осведомлен(а), что процедура не является радикальным лечебным мероприятием, следовательно, ее эффективность ограничивается лишь улучшением состояния кожи, уменьшением выраженности мелких морщин, уплотнением кожи, снижением отечности и улучшением цвета лица.
5. 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.
6. Я проинформирован(а), что результат лечения может отличаться от ожидаемого мной и не может быть гарантирован.
7. 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: _____

