

**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 оказание медицинских услуг  
азотно-плазменное лечение кожи на аппарате NEOGEN**

Я, пациент (законный представитель), \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. заполняется собственноручно пациентом)

в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" проинформирован(а) о методике, особенностях и ожидаемом результате медицинских услуг по омоложению кожи и даю согласие на её проведение.

**Описание процедуры:** Процедура проводится на аппарате Neogen. Процедура большинством людей воспринимается как безболезненная, наблюдаются ощущения покалывания и тепло. Мне понятно, что у каждого человека своя чувствительность, поэтому во время процедуры возможны дискомфортные ощущения и болевые ощущения. При необходимости наносится аппликационная анестезия.

Я понимаю, что **возможные** следующие **реакции** со стороны кожи, которые проходят самостоятельно:

- покраснение кожи (эритема) в области процедуры, которое в редких случаях может оставаться в течение 2-7 дней,
- избыточная пигментация (гипо — или гиперпигментация длительностью от 2-4 дней до 3-6 месяцев),
- отечность (припухлость) кожи в течение 7 дней,
- местное повреждение естественной текстуры кожи (ожоги).

Я соглашаюсь с тем, что при возникновении других, не перечисленных выше явлений или при длительности реакций выше указанных, мне следует немедленно сообщить об этом своему лечащему врачу.

**Я отрицаю наличие у меня следующих противопоказаний:** свежая инсоляция (загар), беременность и лактация, прием системных ретиноидов, прием фотосенсибилизаторов (антибиотики, НПВС, витамины группы В, препараты железа, кофе, крепкий чай, фиточай, алкоголь, морковь, грейпфрут, сельдерей и их соки), инфекционные заболевания, онкологические заболевания, склонность к образованию келоидных рубцов, варикозное расширение вен, васкулиты, тромбофлебиты, тиреотоксикоз, декомпенсированный сахарный диабет, нарушение свертываемости крови.

**Ожидаемый результат:** улучшение текстуры кожи, уменьшение складок, пор, рубцов, уменьшение глубины морщин.

Степень улучшения и количество необходимых сеансов индивидуально для каждого пациента и варьируется в зависимости от степени выраженности изменений. Результаты проявляются постепенно: немедленное преходящее улучшение может отмечаться после каждого лечения, а максимальные долгосрочные эффекты наблюдаются через 3-6 месяцев после курса лечения.

**Я обязуюсь** строго следовать всем рекомендациям врача, этапам диагностики и лечения и срокам, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, так как все это необходимо для качественного лечения.

**Я соглашаюсь** с тем, что оценка результата возможна по окончании рекомендованного курса процедур.

**Я понимаю** необходимость регулярных осмотров у врача и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом и записанному в медицинской карте).

**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.

**Уход после проведения процедуры:** Я осведомлен(а), что процедура проводится в амбулаторных условиях и требует последующего самостоятельного ухода за кожей в домашних условиях, поэтому я обязуюсь после проведения процедуры: не делать массаж в течение 2 недель, не загорать в течение 30 дней, не посещать сауны, бани в течение 2 недель.

**Я сообщил(а) врачу все известные мне сведения** о хронических и острых заболеваниях, перенесенных травмах, операциях; аллергических реакциях, в том числе на медицинские препараты; лечении, процедурах и манипуляциях, выполненных в течение предыдущего года и осуществляемых в настоящее время в других медицинских и/или косметологических учреждениях; лекарственных препаратов, принимаемых в настоящее время; вредных привычках.

**Я даю согласие** на фотографирование и видеосъемку, понимая, что эти материалы останутся собственностью центра. Я разрешаю публиковать эти фото- и видео- данные 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.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях процедур и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Я понял(а) значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

**Я внимательно ознакомился(ась)** с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, договора на оказание платных услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

**Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.**

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 2023г. Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Подпись врача: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_