

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

Юридический адрес: 680013 г. Хабаровск, ул. Шабадина 19А

ИНН 2721225484 КПП 272101001 ОГРН1162724073841

Почтовый адрес: 680013 г. Хабаровск, ул. Шабадина 19А

Тел.: +7-924-221-7000

**Информированное согласие на оказание процедуры ПЛАЗМОТЕРАПИЯ**

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 плазмотерапии.

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 (3-10) 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 инъекций.
4. Осведомлен(а), что процедура не является радикальным лечебным мероприятием, следовательно, ее эффективность ограничивается лишь улучшением состояния кожи и волос (в зависимости от области применения).
5. Осведомлена, что процедура не проводится при обострении хронических и наличии острых заболеваний (повышение температуры и т. д.).
6. Предупрежден(а), что несоблюдение рекомендации косметолога по домашнему уходу за кожей освобождает учреждение от ответственности за неблагоприятный исход процедуры, эти рекомендации мне разъяснил доктор во время процедуры.
7. 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.
8. Я проинформирован(а), что результат лечения может отличаться от ожидаемого мной и не может быть гарантирован.
9. Я проинформирован(а), что исполнитель при оказании услуги качественно выполняет все клинические и технологические этапы диагностики и лечения.
10. 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.
11. Даю свое согласие на проведение контрольных фотоснимков и 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: \_\_\_\_\_