

**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

**Информационное согласие пациента на проведение  
уходовой программы**

Я, \_\_\_\_\_ года рождения,

Даю свое согласие на проведение процедуры по уходу за кожей лица в косметических целях сотрудником центра:

1. Осведомлен(а), что данная процедура может проводиться как однократно, так и курсом в несколько сеансов (6-10) с последующими поддерживающими процедурами и требует сопутствующего и последующего ухода за кожей в домашних и клинических условиях.
2. Я проинформирован (а) о том, что во время уходовой процедуры может быть чувство незначительного или умеренного жжения, или покалывания в зонах нанесения препарата, содержащего кислоту. Сразу после процедуры появляется покраснение, отечность которые проходят через 2-24 часа.
3. Предупрежден(а), что в некоторых случаях процедура может вызвать токсико-аллергическую реакцию.
4. Осведомлен (а), что процедура не является радикальным лечебным мероприятием, следовательно, ее эффективность ограничивается лишь улучшением состояния кожи, уменьшением выраженности мелких морщин, уплотнением кожи, сужением пор, осветлением пигментации.
5. Осведомлен (а), что процедура не проводится при обострении хронических и наличии острых заболеваний (повышение температуры, ОРВИ, герпес и т. д.), и отрицаю их наличие у меня сейчас.
6. 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).
7. Мне ясно, что предложенная процедура направлена на улучшение качества моей кожи и достижения эстетического результата. Я осознаю, что перспективы и результаты предложенной процедуры зависят от особенностей моего организма, текущего и последующего состояния здоровья, от соблюдения рекомендаций сотрудника проводящего процедуру по сохранению результата от процедуры, посещения профилактических осмотров.
8. Я проинформирован(а), что результат процедуры 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 проведения процедуры.
10. Я знаю, что в целях максимальной эффективности проводимой процедуры, я обязан(а) поставить в известность сотрудника проводившего процедуру 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 до, и после процедуры для сравнительной оценки, также знаю, что проводится видеосъемка в процессе проведения процедуры.

Все термины мне разъяснены и понятны.

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

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024 г. Подпись клиента: \_\_\_\_\_ Подпись работника: \_\_\_\_\_