

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 добровольное согласие на проведение косметологических процедур «чистка лица и тела»

Я, _____
_____ года рождения,

Даю свое согласие на проведение процедуры «чистка лица и тела» в косметических целях специалистом:

Основа метода – удаление рогового слоя эпидермиса и избыточного секрета сальных желез с поверхности кожи ручным механическим или инструментальным методом с использованием косметических препаратов.

Показания к проведению процедуры: угревая сыпь, милиумы, комедоны; жирная кожа с расширенными порами; снижение тонуса и тургора кожи.

Противопоказания к проведению процедуры: гипертония; экзема; герпес; гнойничковые заболевания; купероз на лице.

Иные противопоказания обсуждаются с врачом индивидуально на основании данных, указанных в медицинской документации. Рекомендованный курс процедур: 4-6 сеансов с интервалом в 1-2 месяца.

Я подробно проинформировал(а) врача об аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов и других веществ, о заболеваниях и травмах, которые были у меня в течении жизни, хронической сопутствующей патологии. Я сообщил(а) достоверные сведения о моих вредных привычках и наследственных заболеваниях, а также о перенесенных мною операционных и анестезиологических вмешательствах.

Я осведомлен(а) о возможных побочных реакциях после процедуры, таких как:

покраснение кожи лица и спины; отеки; корочки (в местах вскрытия милиумов); воспалительные элементы на коже.

Я проинформирован(а), что существует редкая вероятность индивидуальных побочных эффектов или серьезных осложнений, включая ожог, выраженную пигментацию и рубцы.

Мне известно, что строгое соблюдение рекомендаций поможет этого избежать. Рекомендации после проведения процедуры предоставлены доктором в полном объеме.

Я ознакомлен(а) со списком противопоказаний для введения процедуры «чистка спины»:

1. Индивидуальная непереносимость компонентов препарата;
2. Анафилактический шок в анамнезе;
3. Склонность к образованию келоидных и гипертрофических рубцов;
4. Повышенная температура тела;
5. Период обострения соматических заболеваний;

Я понимаю, что выполнение данной процедуры при существующих противопоказаниях к ней могут спровоцировать нежелательные побочные эффекты. Я утверждаю, что вышеуказанных противопоказаний, а также индивидуальных противопоказаний к процедуре, о которых сказал специалист, у меня нет. Я обязуюсь соблюдать и выполнять все рекомендации моего специалиста до и после процедуры.

Я даю согласие на фотографирование, понимая, что эти фотографии останутся собственностью центра. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой данных фотографий мое имя не будет упомянуто.

Я знаю, что проводится видеосъемка в процессе проведения процедуры.

Я подтверждаю, что данный документ был мной прочитан и мне разъяснен и его содержание мне понятно.

У меня была возможность задать специалисту все интересующие меня вопросы и получить исчерпывающую информацию.

Дата « ____ » _____ 2024 г. Подпись клиента: _____ Подпись работника: _____