

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
(для проведения процедуры дермапигментации)**

Я, _____ года рождения,
Даю свое согласие на проведение процедуры дермапигментации специалистом:

Век	Перманентный макияж	Коррекция	Исправление	Перекрытие прежнего макияжа
Стрелка вуаль				
Стрелка лайнер				
Межресничное пространство				
Бровей	Перманентный макияж	Коррекция	Исправление	Перекрытие прежнего макияжа
Губ	Перманентный макияж	Коррекция	Исправление	Перекрытие прежнего макияжа
Контур				
Полное заполнение				

Я знаю, что результат процедуры сохраняется с учетом индивидуальных особенностей кожи и пигмент на различных участках кожи может сохраняться различное время. **Я полностью одобряю** используемый цвет и форму бровей, линии глаз, губ и прочее.

Я предупрежден (а), что ультрафиолетовое облучение (солнце, солярий) ускоряет процесс снижения интенсивности пигмента.

Я осознаю, что возможны: болевые ощущения во время проведения процедуры; реакции после проведения процедуры в виде временной отечности, образования корочки и очень редко: гематомы, аллергических реакций.

Я предупрежден (а) о том, что после проведения процедуры для профилактики инфицирования и возникновения аллергической реакции желателен соблюдать следующие рекомендации:

не пользоваться сауной и не загорать, а в течение 10 дней не плавать в бассейне и открытых водоемах;

пользоваться специальными противовоспалительным, ранозаживляющим препаратом в течение 7-10 дней.

По прошествии 30-35 дней после проведения процедуры, я имею право прийти на контрольный осмотр специалиста для разрешения вопроса о необходимости проведения дополнительной процедуры (коррекции). Процедура коррекции считается дополнительной в течение двух месяцев после проведения первоначальной процедуры и оплачивается в соответствии с прайс-листом, действующим на день проведения процедуры.

Я предупрежден (а) о том, что цветовая пигментация сразу после проведения процедуры на 40-60% ярче и интенсивнее, чем последующий результат.

Я осведомлен (а), что перед процедурой необходимо:

снять макияж;

при процедурах на веках – снять контактные линзы.

Я предупрежден (а) о противопоказаниях к проведению процедуры ПМ, которым являются: сахарный диабет, болезни, связанные со значительным снижением свертываемости крови, тяжелые соматические заболевания, острые воспалительные заболевания, наличие новообразований неизвестной этиологии, онкологические заболевания. В отдельных случаях татуаж таким клиентам сделать можно, но только с -разрешения лечащего врача (психические расстройства, эпилепсия, склонность к образованию келоидных рубцов, беременность и период кормления грудью). Не рекомендуется в первом триместре беременности. Во 2 и 3 триместре, и в период лактации процедуру -проводить можно, с разрешения врача, в случаях, когда клиент легко переносит процедуру (т.е. не требуется применять обезболивающие средства.) активность герпеса или экзема.

Я знаю, что процедура перманентного макияжа на губах может провоцировать появление герпетической реакции у имеющих к этому склонность.

Я получил (а) в письменном виде «Рекомендации клиенту после проведения процедуры контурного макияжа».

Я подтверждаю, что данный документ прочитан мною, содержание разъяснено в доступной для меня форме и мне достаточно полученной информации, чтобы дать свое согласие на проведение процедуры дермапигментации.

Дата « ____ » _____ 2024 г.

Подпись пациента: _____

Подпись врача: _____