

Информированное добровольное согласие на электроэпиляцию

на основании федерального закона №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, **[КлиентФамилия] [КлиентИмя] [КлиентОтчество]**, **[КлиентДатаРождения]** года рождения,

(фамилия, имя, отчество пациента)

Проживающий (ая) по адресу: **[КлиентИндекс]** город **[КлиентГород]**, улица **[КлиентУлица]**, дом **[КлиентДом]**, квартира **[КлиентКвартира]**,

Контактный телефон: **[КлиентМобТелефон]**

Даю свое согласие на проведение процедуры в области _____ в косметических целях

Врачом _____

(фамилия, имя, отчество врача)

Контактный телефон врача: _____

Описание процедуры: Процедура проводится на аппарате ЭХВЧ-50. Процедура большинством людей воспринимается как безболезненная, наблюдаются ощущения покалывания. Мне понятно, что у каждого человека своя чувствительность, поэтому во время процедуры возможны дискомфортные ощущения и болевые ощущения, для минимизации которых врач может предложить использовать анестезирующий крем. В большинстве случаев после процедуры никаких значительных внешних проявлений не остается и можно продолжать свои намеченные дела.

Я соглашаюсь с тем, что **после процедуры** в области ее проведения могут оставаться участки покраснения кожи, небольшая отечность и повышенная чувствительность, которые проходят самостоятельно в срок от двух суток до пяти после процедуры.

Я соглашаюсь с тем, что в редких случаях возможно изменение пигментации (гипо — или гиперпигментация, длительностью от 2-4 дней до 3-6 месяцев), а также местное повреждение естественной текстуры кожи (ожоги). При этом я обязуюсь немедленно сообщить об этом своему лечащему врачу и применять местные средства только по согласованию с врачом.

Ожидаемый результат: после нескольких сеансов рост волос уменьшится. Это снижение является постепенным и накапливающимся. Между сеансами лечения рост волос продолжается, но их будет меньше, они будут тоньше, светлее и будут расти медленнее. Мой лечащий врач предупредил меня, что стойкий результат возникнет после 20-25 процедур.

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.

Мне ясно, что хотя предложенное лечение поможет мне сохранить мое здоровье, медицинские услуги является вмешательством в биологический организм, и как любое медицинское вмешательство не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов диагностики и лечения.

Уход после проведения процедуры: Мне понятно, 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 посещать сауны, бани в течение 2 недель;
- Ограничить инсоляцию (загар на две недели). В течении курса процедур наносить на область эпиляции крем с SPF 50 и выше;
- При обработке кожи на теле носить свободную одежду (исключить трение в области эпиляции);
- Волосы в зоне эпиляции можно побрить через 2-3 дня, при этом нельзя использовать воск для удаления волос (можно только брить станком и удалять кремом для депиляции);
- В день обработки ограничить водные процедуры (зону не тереть, не использовать пенящиеся средства,
- Перед последующими процедурами волосы не брить,
- В первые сутки после процедуры на обрабатываемую зону наносить «Пантенол» 2-3 раза в день.

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 отрицаю наличие у меня следующих противопоказаний:

- свежая инсоляция (загар)
- менструация
- беременность и лактация
- прием системных ретиноидов и гормональных препаратов,
- склонность к образованию келоидных рубцов
- инфекционные заболевания кожи (герпес, пиодермия и др.)
- онкологические заболевания, тиреотоксикоз, варикозное расширение вен, васкулиты, тромбофлебиты, сахарный диабет, нарушение свертываемости крови контрацептивы

Я даю согласие на проведение контрольных фотоснимков до и после процедуры для сравнительной оценки результатов. Мне гарантируют, что мои фотографии не будут идентифицировать мою личность при любом использовании клиник вне моей медицинской документации.

Понимая сущность предложенных медицинских услуг, которые направлены на получение ожидаемого мной косметического результата, но, по сути своей, являются вмешательством в сложный биологический организм, я понимаю, что никто не может предсказать точный результат планируемых процедур. Я соглашаюсь с тем, что ожидаемый мной косметический результат мне не был обещан, однако мне гарантировано оказание медицинских услуг специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

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

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, имеющих 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.

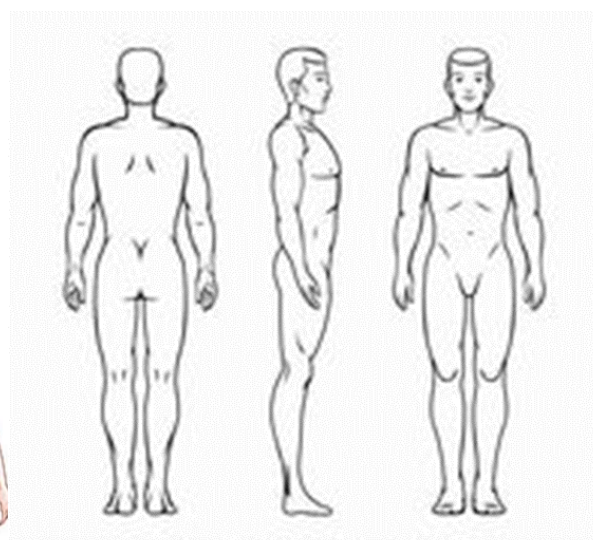
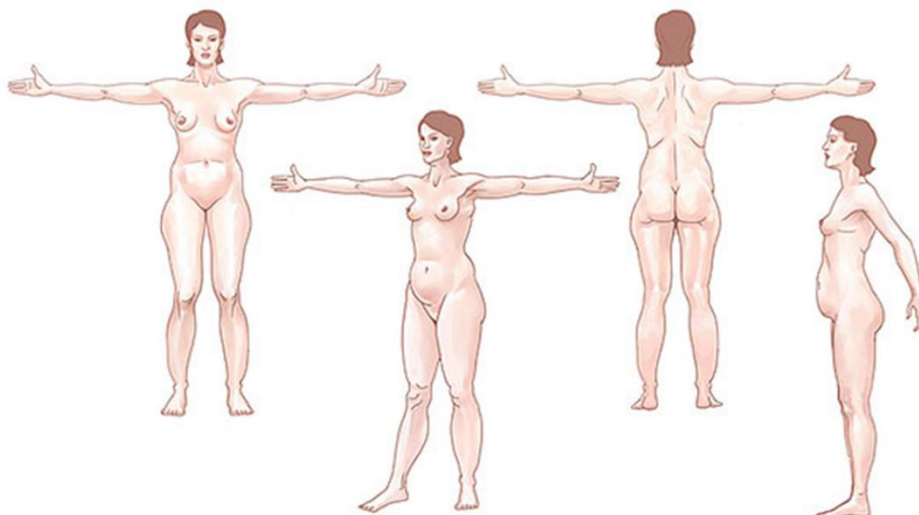
Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел: _____ / _____
(подпись врача) (Фамилия ИО)

Дата «__» _____ 20__ г.

Со стоимостью услуги ознакомлен(а) _____ (подпись пациента)



© Can Stock Photo