

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на «

Belotero Lips Shape»

Я, _____
(Ф. И. О. гражданина)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

_____ (адрес места жительства гражданина)

даю информированное добровольное согласие на
Belotero Lips Shape

_____ (указать область введения)

в Обществе с ограниченной ответственностью « _____ » с целью увеличения объема / коррекции формы губ/ иное: _____

Врачом косметологом _____
(Ф. И. О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, все связанные с ними риски, возможные

оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данной медицинской услуги.

Лечащим врачом мне были разъяснены показания и цели введения искусственного имплантата. Belotero Lips Shape –

Мне разъяснены и понятны сроки продолжительности эффекта от введенного имплантата, необходимость соблюдения рекомендаций. Мое внимание обращено на то, что _____ характер. В зависимости от места инъекции, типа кожи, её исходного состояния, особен

_____ . Иногда возникает потребность дополнительной коррекции, которая оплачивается дополнительно. Мне разъяснено и понятно, что эстетические представления _____ отличаться.

Мне разъяснены и понятны возможные осложнения введения имплантатов:

Я осознаю, что медицина – не точная наука и даже опытный врач не в состоянии _____ результата. Врач не гарантировал мне этого на 100%. Мне разъяснено, что в течение месяца после процедуры _____ врачом.

Я предупредил (а) врача обо всех косметологических процедурах, пластических операциях, медицинских вмешательствах на лице, а именно: _____

_____ за последний год, а также обо всех тканевых искусственных имплантатах, когда-либо вводимых мне в кожу, а именно _____

Я планирую свои

_____ любые вопросы относительно запланированных процедур, альтернативных форм лечения, риска и опасности для здоровья, связанных с оказанием медицинской услуги.

Я понимаю, что две половины _____ остаться после процедуры.

Мне полностью ясно, что нарушение рекомендаций врача, а также не явка в назначенное врачом время, могут способствовать развитию местных и общих осложнений и стать их причиной. Это может ухудшить результаты и потребовать дополнительного лечения.

и безопасности медицинских услуг.

Фотографии являются частью медицинской документации.

достижения запланированного результата невозможна.

Лечащим врачом мне были разъяснены противопоказания к введению искусственного имплантата:

общие:

возраст моложе 18 лет.

местные:

комбинированных имплантатов.

Подписанием настоящего документа я подтверждаю отсутствие известных мне данных противопоказаний.

Мне разъяснено лечащим врачом и понятно следующее:

имплантата, ; отмечается визуальное контурирование

после введения имплантата нельзя накладывать макияж, а в течение двух недель после процедуры – посещать

кожи лица, в которые были сделаны инъекции, и любых манипуляций с ними. В течение недели после процедуры нельзя прикасаться к областям инъекций руками, тереть области инъекций, подвергать их травматизации, в

Возможна индивидуальная места введения, которые провоцируются менструацией, пребыванием на солнце, переохлаждением или приемом некоторых лекарственных препаратов.

Мне разъяснено и понятно, что в

(не нужно зачеркнуть) наличие известной мне аллергии на

Прочитано мной лично, мне была предоставлена возможность задавать любые вопросы по планируемой процедуре, я получил/а на них ответы.

С инструкцией к имплантату для интрадермального применения Belotero Lips Shape ознакомлена.

Я ознакомлен/а с представленной информацией и даю согласие на процедуру.

« ____ » _____ 20__ г

Подпись и ФИО Пациента _____ / _____ /

Врач-косметолог _____ / _____ /